الجامعة الأردنيــة
كلية الدراسات العليا

نموذج رقم (١٨)
اقرار والتزام بقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها لطلبة الماجستير والدكتوراة

أنا الطالب: صيام حرب ناصر الكراسنة الرقم الجامعي: ٨٠٧٠٥٢٠
التخصص: علم نفس الكلية: الآداب

عنوان الرسالة / الاطروحة
الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الاكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن

أعلن بأنني قد التزمت بقوانين الجامعة الأردنية وأنظمتها وتعليماتها وقراراتها السارية المفعول المتعلقة باعداد رسائل الماجستير والدكتوراة عندما قمت شخصيا" باعداد رسالتي / اطروحتي ، وذلك بما ينسجم مع الأمانة العلمية المتعارف عليها في كتابة الرسائل والأطاريح العلمية. كما أنني أعلن بأن رسالتي /اطروحتي هذه غير منقولة أو مستلة من رسائل أو أطاريح أو كتب أو أبحاث أو أي منشورات علمية تم نشرها أو تخزينها في أي وسيلة اعلامية، وتأسيسا" على ما تقدم فإنني أتحمل المسؤولية بأنواعها كافة فيما لو تبين غير ذلك بما فيه حق مجلس العمداء في الجامعة الأردنية بالغاء قرار منحي الدرجة العلمية التي حصلت عليها وسحب شهادة التخرج مني بعد صدورها دون أن يكون لي أي حق في التظلم أو الاعتراض أو الطعن بأي صورة كانت في القرار الصادر عن مجلس العمداء بهذا الصدد.

توقيع الطالب: .... التاريخ: ٢٥/ ٢ / ٢٠١٠

الجامعة الأردنية

نمـــوذج تفـــويض

أنا صدام موسى ناصر الكراسنه ، أفوض الجامعة الأردنية بتزويد نـــسخ من أطروحتي للمكتبات أو المؤسسات أو الهيئات أو الأشخاص عند طلبها.

التوقيع:

التاريخ: ٢٠١٠\٣\٢٥

الجامعة الأردنيــة
كلية الدراسات العليا

التاريخ: / /

نموذج رقم (٢٧)
تسليم رسالة ماجستير جامعية للمكتبة

الدكتور مدير المكتبـة

تحية طيبة وبعد،،،

لقد ناقش الطالب / الطالبة: صيام [illegible] ناصر الكراجة ورقمه الجامعي: ٨٠٧٠٥٣٠

تخصص الماجستير: علم نفس

يوم: ١١/٣/٢٠١٠ الموافق: / / ، وكانت النتيجة ناجحاً.

عنوان الرسالة (باللغة التي كتبت بها الرسالة)

الحالات الانفعالية السائدة ومستواها كمنبئات بمصادر الضغط النفسي لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن

نرجو استلام النسخة الورقية التي تمت الموافقة عليها في صيغتها النهائية من قبل المشرف ولجنة المناقشة، ونسخة من الرسالة على القرص المضغوط (CD)، وذلك لإيداعها في المكتبة حسب الأصول.

وتفضلوا بقبول فائق الاحترام،،،

المشرف	رئيس قسم التخصص أو نائب رئيس لجنة الدراسات العليا في كلية التخصص	نائب عميد كلية الدراسات العليا
التوقيع:	التوقيع:	التوقيع:
التاريخ: ٢٩/٣/٢٠١٠ م	التاريخ: ٢٩/٣/٢٠١٠	التاريخ: / /

مواصفات الأقراص المدمجة الخاصة بالرسائل الجامعية
- أن يضم القرص المدمج كافة المعلومات الواردة في النسخة الورقية من الرسالة وذلك ضمن ملف واحد.
- ان يكون ترتيب الرسالة على القرص حسب ترتيب النسخة المطبوعة ورقيا.
- ان يحتوي القرص على صورة (save as jpg) عن اجازة الرسالة موقعة وموثقة من اعضاء لجنة المناقشة ومعتمدة من قبل الجامعة.
- تخزين الرسالة في ملف آخر على شكل (Acrobat reader PDF) لتسهيل تفعيل الرسالة على شبكة الانترنت ضمن قاعدة الرسائل الجامعية كاملة النص.

علماً أنه لن يكون بالامكان توثيق أي رسالة غير مطابقة للمواصفات المذكورة أعلاه.

الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن

إعداد

صدام موسى ناصر الكراسنة

المشرف

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الدكتور أمجد أحمد أبو جدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

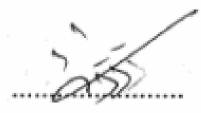
كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

آذار، ٢٠١٠

قرار لجنة المناقشة

نوقشت هذه الرسالة (الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن)، وأجيزت بتاريخ 2001/3/11م .

أعضاء لجنة المناقشة	التوقيع
الدكتور محمد محمود بني يونس، مشرفاً أستاذ علم النفس الفيسيولوجي المشارك.	 ....
الدكتور أمجد أحمد أبو جدي، مشرفاً مشاركاً أستاذ الإرشاد النفسي والتربوي المساعد.	....
الاستاذ الدكتور يوسف عبد الوهاب ابو حميدان، عضواً أستاذ علم النفس التطبيقي.	 ....
الدكتور فوزي شاكر طعيمة، عضواً أستاذ علم النفس الاكلينيكي المشارك. (جامعة عمان الاهلية)	 ....
الدكتور يعقوب جوج البهو، عضواً أستاذ الدماغ والاعصاب المشارك.	 ....

الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن

إعداد

صدام موسى ناصر الكراسنة

المشرف

الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك

الدكتور أمجد أحمد أبو جدي

قدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في علم النفس

كلية الدراسات العليا

الجامعة الأردنية

اذار، ٢٠١٠

الإهـ ـداء

إلى والدي العزيز أطال ا في عمره وأمي الغالية التي غمرتني بدعواتها الصادقة

إلى عائلتي

إلى صديقي ومعلمي أبو كريم

إلى كل من مد يد العون والمساعدة لإنجاز هذا العمل، إليهم جميعاً أهدي جهدي المتواضع

الباحث

صدام موسى الكراسنة

شكر وتقدير

الحمد العلي القدير الذي أنار لي الدرب وسهل لي السبيل وأعانني على إنهاء هذه الرسالة بفضل منه وتوفيق سائلاً أن يكون علماً نافعاً متقبلاً.

وبعد شكر ا شكراً يليق بجلاله وعظيم سلطانه أتقدم بالشكر وفائق التقدير والامتنان لأستاذي ومرشدي الدكتور محمد بني يونس والدكتور امجد ابو جدي لما قدماه لي من توجيه وإرشاد طيلة فترة عملي في بحثي وقد كان لتوجيهاتهم الأثر الكبير في إخراج هذا العمل بصورته النهائية.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لأعضاء لجنة المناقشة الدكتور فوزي طعيمة والدكتور يعقوب البهو والدكتور يوسف ابو حميدان لتفضلهم بمناقشة هذه الرسالة وإثرائها بتوجيهاتهم وملاحظاتهم القيمة. والشكر الموصول لجميع أساتذتي في الجامعة الاردنية، ولكل من شارك في مساعدتي لإتمام هذا العمل.

سائلا تبارك وتعالى أن يجزيهم عني خير الجزاء .

الباحث

صدام موسى الكراسنة

فهرس المحتويات

قائمة الجداول

قائمة الأشكال

قائمة الملحقات

الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصاب اللويحي المتعدد في الأردن

إعداد
صدام موسى ناصر الكراسنة

المشرف
الدكتور محمد محمود بني يونس

المشرف المشارك
الدكتور أمجد أحمد أبو جدي

ملخَص

هدفت الدراسة الحالية التعرف الى كل من انواع الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن. ولتحقيق ذلك تم اختيار عينة متاحة بلغت (٢٠٣)، منهم (١٠٢) مريضاً ومريضة بالتصلب اللويحي المتعدد، و(١٠١) عينة مكافئة لها بالعدد، والعمر، والجنس، من الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد لأغراض المقارنة.

لتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام كل من مقياس الاكتئاب، ومقياس الحالات الانفعالية التي قام بني يونس (٢٠٠٨) بتطويرها، ومقياسي الضغوط النفسية العامة، ومصادر الضغوط النفسية بعد المرض والتي طورها الباحث، وقد تمتعت جميع الادوات بدلالات صدق وثبات مناسبة.

للاجابة عن أسئلة الدراسة، تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، واختبار (ت) لعينتين مستقلتين، واجراء التحليل التمييزي المتدرج (Stepwise Discriminate analysis)، وبعد جمع البيانات ومعالجتها احصائياً، توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الأول، إلى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت على النحو الآتي: حالة الغضب احتلت الترتيب الأول والتي بلغ متوسطها الحسابي (٢,٥٩)، في حين جاءت حالة الخوف بالترتيب الثاني، والتي بلغ متوسطها الحسابي

(٢,٥٦)، أما في الترتيب الثالث فقد جاءت لحالة الحزن وبلغ متوسطها الحسابي (٢,٥٤)، أما حالة السرور فقد جاءت في الترتيب الأخير والتي بلغ متوسطها الحسابي (٢,٠٢).

- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الحالات الانفعالية بين المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد، فقد تبين أن مستوى كل من الغضب، والخوف، والحزن أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد. أما حالة السرور فقد كانت أعلى لدى عينة غير المرضى.
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث إلى أن قيمة ما فسره متغير الضغوط الأسرية في متغير الإصابة بمرض التصلب اللويحي بلغ (١٢%)، كما ان قيمه ما يفسره متغير الاكتئاب من الإصابة بمرض التصلب اللويحي بلغ (١٠%) وأن مجموع ما يفسره هذين المتغيران معا هو (٢٢%).
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع إلى أن قيمة ما فسره متغير الاكتئاب في متغير عدد الهجمات لمرضى التصلب اللويحي بلغ (٥%)، لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة في حدوث الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي.
- أشارت النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس إلى أن قيمة ما فسره متغير الاكتئاب ومتغير عدد سنوات الإصابة بمرضى التصلب اللويحي بلغ (٦%) لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة في استمرارية حدوث الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

الفصل الأول

مشكلة الدراسة وأهميتها

تمهيد:

يتعرض الأفراد من خلال تفاعلهم مع المحيط الفيزيائي بهم (المادي والاجتماعي معـاً) إلى تأثير أحداث ومواقف ضاغطة، قد لا يكون بمقدورهم التكيف معها، مما يؤدي إلى ظهـور حالة من عدم الاتزان السيكوفيسيولوجي لديهم (Psycho-physiological Homeostasis)، الأمـر الذي يمهد السبيل إلى تطور جملة من الاضطرابات الجسمية، والنفسية (Blonna, 2000).

ويتميز العصر الحالي بكثرة مصادر الضغوط النفسية وتنوعها، وانتشار الاضـطرابات النفسية، وقد رافق ذلك ظهور عدد من الاضطرابات الفيسيولوجية، ومن بينها ظهور اضطراب التصلب اللويحي المتعدد.

يعد مفهوم اضطراب التصلب اللويحي المتعدد من المفاهيم الحديثة نسبياً التي دخلت الى التراث الطبي، وقد حظي باهتمام الأخصائيين في طب الأعصاب تمثل في تشخيصه وعلاجـه، الامر الذي أدى إلى تراكم معلومات وصفية وتفسيرية له. ووفقـاً للتـشخيص العـصبي لهـذا الاضطراب، تبين وجود أساس عصبي له، ويؤثر الاضطراب سلباً في فاعلية السلوك الجزئـي والكلي للمصاب به (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007).

ونظراً للعلاقة الإرتباطية بين الجهاز العصبي من جهة، والسلوك الجزئي والكلي مـن جهة ثانية، باعتبار الجهاز العصبي ليس جهازاً فيسيولوجياً فحسب، بل وسيكولوجياً أيضاً، فـإن هناك تأثير متبادل بينهم، فما يطرأ على الجهاز العصبي من تغيرات فـي تركيبـه ووظائفـه، تنعكس مباشرة على النشاط المعرفي والانفعالي لدى الأفراد، وما يطرأ على العمليـات العقليـة المعرفية وغير المعرفية من تغيرات، فانها تنعكس مباشرة على فاعلية أداء الجهاز العصبي(بني يونس، ٢٠٠٩).

وتأسيساً على ذلك، يبدو أن الشخص المصاب باضطراب التصلب اللـويحي المتعـدد، يتميز بزملة من الأعراض الجسمية، والنفسية، ومن بينها زملة الأعراض الانفعالية.

وعليه، تحاول هذه الدراسة الكشف عن بعض الجوانب الانفعالية الايجابية منها والسلبية، كحالات السرور، والغضب، والحزن، والخوف، إضافة الى مستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى الأفراد المصابين بإضطراب التصلب اللويحي المتعدد.

ووفقاً لهذا التصور النظري، جاءت فكرة الدراسة الحالية لتسليط الضوء على بعض الجوانب في شخصية المصابين بهذا الاضطراب، وذلك من خلال الكشف عن المكون الانفعالي لديهم، لكي يتسنى الإفادة من ذلك لاحقاً في الممارسة الاكلينيكية الطبية والنفسية، للعمل كفريق واحد في تشخيصه وعلاجه، لاعداد بروفيل شمولي، يتضمن وصف وتفسير لهذا الاضطراب من جميع الجوانب.

مشكلة الدراسة:

تشير التقارير الصادرة عن منظمة الصحة العالمية، إلى أن السبب الأساسي للعديد من الوفيات في العالم يعزى إلى أمراض عصبية (WHO, 2002). وتؤكد هذه التقارير أن مرض التصلب اللويحي المتعدد عادة ما يصيب الشباب في عمر (٢٠ – ٤٠) سنة، والنساء أكثر عرضة للإصابة به من الرجال، ويصيب العرق الأبيض أكثر من الأسود، وهو أكثر شيوعاً في أوروبا وأمريكا الشمالية، وأن أعلى معدلاته في المملكة المتحدة، والدول الاسكندنافية. كما أكدت هذه التقارير، انتشاره على نحو ملحوظ في الدول العربية، حيث أنه من المرشح إلى الازدياد، نتيجة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الأفراد. وتشير الإحصائيات الصادرة عن وزارة الصحة الأردنية، أن عدد مرضى التصلب اللويحي المتعدد في تزايد مستمر، حيث بلغ عددهم (٢٥٠٠) مصاباً ومصابة، من المسجلين لغاية نهاية عام (٢٠٠٨). ويتميز هذا الاضطراب بظهوره لدى فئة عمرية هامة، وهي الفئة المشاركة في كافة مناحي الحياة، وانعكاسات هذا الاضطراب سلباً على فاعلية اداء المصابين وانتاجيتهم، وما يترتب عليه من تكلفه عالية في العلاج، وهدر للطاقات المادية والبشرية.

وتبرز مشكلة الدراسة الحالية، في أن هذه الفئة من الناس تعاني من مشكلات انفعالية مختلفة وكذلك تمر بحالات من الاكتئاب نتيجة الاصابة بالمرض، كما ان الضغوط النفسية قد يكون لها اثر قبل الاصابة بالمرض وبعدها، لذلك فأن الدراسة الحالية تحاول الوقوف على اشكال الحالات الانفعالية السائدة لدى المرضى وكذلك مستوى الاكتئاب ومصادر الضغوط

النفسية لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد. وفي هذا الإطار، فإن مشكلة الدراسة تتمثل في الإجابة عن السؤال الآتي:

ما الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن؟

أهداف الدراسة وأسئلتها:

هدفت الدراسة الحالية الكشف عن الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن، وذلك من خلال الإجابة عن الأسئلة الآتية:

١. ما مستويات انتشار الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد؟
٢. هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha \leq$ ٠,٠٥) في كل من الحالات الانفعالية ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية بين المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد وغير المصابين؟
٣. ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من اضطراب التصلب اللويحي المتعدد لدى أفراد عينة الدراسة ككل؟
٤. ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد الهجمات التي تحدث لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد؟
٥. ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد سنوات الإصابة بالتصلب اللويحي المتعدد؟

أهمية الدراسة:

تنبثق أهمية الدراسة من أهمية الصحة الجسمية والنفسية للفرد، والتكامل القائم بينهما، وخطورة الاضطرابات العصبية، وزملة الأعراض الانفعالية المصاحبة لها، وازدياد نسبة انتشارها على نطاق واسع. وعليه، يبدو بأن هذه الدراسة هي المحاولة الأولى في الأردن، لتسليط الضوء على هذا الاضطراب، لوصفه وتفسيره من منظور نفسي. من هنا يمكن تلخيص أهمية الدراسة الحالية بالآتي:

١. تكمن أهمية الدراسة الحالية في كونها تسلط الضوء على موضوع بحثي حديث نسبياً، ندرت الدراسات العربية حوله، الى جانب ذلك أن الدراسة الحالية تقـدم فهمـاً نظريـاً لعلاقـة المتغيرات النفسية في مسار مرض التصلب اللويحي المتعدد.

٢. من المتوقع أن تسهم الدراسة الحالية في استخراج البروفايل النفسي المميز لمرضى التصلب اللويحي المتعدد.

٣. تقدم الدراسة خدمة للباحثين والمهتمين في مجال الدراسات بشكل عـام، والمهتمـين فـي أساليب التشخيص والعلاج النفسي، وعلم نفس الصحة، والطب السيكوسوماتي، والإرشـاد النفسي، والطب النفسي، وطب الأعصاب بشكل خاص بما توفره من معلومـات عـن دور الضغوط النفسية ومصادرها في مرض التـصلب اللـويحي المتعـدد وتكـرار الهجمـات المرضية.

٤. أن الدراسة يمكن أن تكون مؤشراً وحافزاً إلى بحوث مستقبلية معمقة وشـاملة لتـشخيص جوانب نفسية أخرى لدى المصابين بهذا الاضطراب.

التعريفات النظرية والاجرائية لمتغيرات الدراسة:

في ضوء مطالعة الباحث للأدب السيكولوجي والدراسات السابقة ذات الصلة، فقـد تـم تعريف متغيرات الدراسة بما ينسجم مع أهدافها، وذلك على النحو الآتي:

اضطراب التصلب اللويحي المتعدد (Multiple Sclerosis Disorder)**:**

هو إضطراب عصبي، ناتج عن تفسخ الغشاء الميليني (Myelin Sheeth) الذي يتكـون من مادة بروتينية دهنية تحيط بالليف العصبي (Nerve Fibres)، ويصنف ضـمن اضـطرابات المناعة الذاتية (Autoimmunity Disorders)، ويشتمل على عدة أعراض: كـالعمى، والـصمم، والتخلف العقلي، أما الأعراض المبكرة له فتتضمن : الشعور بالخدر، وازدواج الرؤية، وتقلص القدم (Dragging of the Feet)، وفقدان القدرة على ضبط المثانة والامعاء، وصعوبة في النطـق، والتعب الشديد، وقد تظهر الاعراض في مستويات معينة ثم تختفي، ويعقب ذلك حدوث تـدهور مستمر (Multiple Sclerosis, 2001).

أما إجرائياً، هم الأفراد المصابين باضطراب التصلب اللـويحي المتعـدد والمـراجعين لجمعية التصلب اللويحي المتعدد في مدينة عمان، والمسجلين رسمياً فيها.

الحالات الانفعالية (Emotional States):

هي مجموعة من الانفعالات الايجابية والسلبية، وهي في هذه الدراسة (السرور، والخوف، والغضب، والحزن)، تظهر أثناء تفاعل الفرد مع أحداث الحياة الواقعية، والمتخيلة، وأثناء تعرضه للاضطرابات الجسمية، والنفسية، والتي يمكن أن تدوم طويلاً، تبعاً لنوع الاضطراب وشدته (بني يونس، ٢٠٠٩).

أما إجرائياً، فهي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (الأسوياء وغير الأسوياء) من خلال الاجابة عن فقرات المقياس المعتمد في هذه الدراسة (بني يونس، ٢٠٠٩).

الاكتئاب (Depression):

هو مركب من الأعراض (Symptom Complex) أو "زملة اكتئابية" يشمل تغيرات في في الجانب الوجداني، والمعرفي، والسلوكي (Meyer, T.J. Miller, M, L Metzger, R, L. and Borkoves, T. D., 1990).

أما إجرائياً، فهي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (الأسوياء وغير الأسوياء) من خلال الاجابة عن فقرات المقياس المعتمد في هذه الدراسة (بني يونس، ٢٠٠٩).

الضغط النفسي (Psycho Stress):

هو خبرة إنفعالية سلبية، يمكن أن تكون مثيراً أو استجابة، او مثير واستجابة معاً، يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، وفيسيولوجية، ومعرفية، وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط (Stressor)، أو الى التكيف مع آثاره، وتنويع في مصادره، وشدته (Mosh, 1992).

أما إجرائياً، فهي الدرجة التي يحصل عليها أفراد عينة الدراسة (الأسوياء وغير الأسوياء) من خلال الاجابة عن فقرات المقياس المعتمد في الدراسة الحالية.

حدود الدراسة:

- الحدود البشرية: اقتصرت على عينة من المصابين باضطراب التصلب اللويحي المتعدد، والمراجعين لجمعية التصلب اللويحي المتعدد في مدينة عمـان، وعينـة مـن الأفـراد الأسوياء.
- الحدود الزمانية: اقتصرت على العينة المذكورة أعلاه، للفترة الزمنية الممتدة بين شـهر اذار ٢٠٠٨ وحتى شهر ايار ٢٠٠٩م.
- الحدود الأدواتية: اقتصرت الدراسة على الأدوات التي قام بتطويرهـا (بنـي يـونس، ٢٠٠٨)، وهي مقياس الحالات الانفعالية، ومقياس مستوى الاكتئاب، إضافة الى مقيـاس الضغوط النفسية الذي قام الباحث نفسه بتطويره. لذا فأن تعميم نتـائج الدراسـة مقيـد بدلالات صدق ومعاملات ثبات الادوات، وبمدى الاستجابة الموضوعية لأفـراد عينـة الدراسة على هذه الادوات من جهة، وعلى مجتمعات مشابهة لمجتمع الدراسة من جهـة ثانية.

الفصل الثاني

الأدب النظري والدراسات السابقة

يتناول هذا الفصل إستعراضاً موجزاً لوصف وتفسير كل من إضطراب التصلب اللويحي المتعدد، والحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية المميـزة للأفـراد المصابين بهذا الاضطراب، والدراسات السابقة ذات الصلة، وذلك على النحو الآتي:

أولاً: الأدب النظري

١. وصف وتفسير اضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

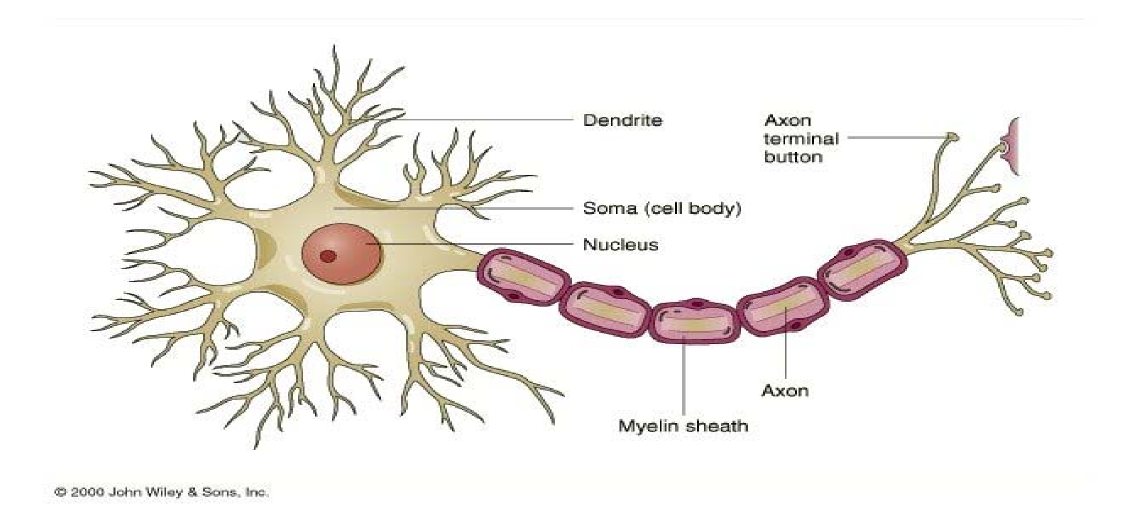
قبل الحديث عن هذا الإضطراب وتفسيره، من الضروري الإشارة بايجاز إلى وصـف المكان الذي يحدث فيه هذا الإضطراب.

أ- مكان حدوث هذا الاضطراب: يحدث هذا الاضطراب كما ورد في (بني يونس، ٢٠٠٨) فـي الوحدة البنائية والوظيفية للجهـاز العـصبي (Nervous System) وتـسمى الخليـة العـصبية (Neurone).

تتألف الخلية العصبية من جسم الخلية (Cell body) والـذي يتكـون مـن إمتـدادين أو زائدتين ستيوبلازميتين، هما: الشجيرات العصبية (Dendrities)، والتي تتميز بكثـرة تـشعبها، لزيادة مساحة الإستقبال، لكي تقوم باستقبال الإشارات من خلايا عـصبية مجـاورة، أو خلايـا جسمية أخرى، وإرسالها إلى جسم الخلية، ومنه إلى الإمتداد أو الزائدة الستيوبلازمية الثانية ذات الشكل الاسطواني، والتي تسمى بالمحور الاسطواني (Axon or Axis Cylinders) (بني يـونس، ٢٠٠٢).

يقوم المحور الاسطواني بوظيفة الترميز (Encoding)، أي ترجمـة الطاقـة الفيزيائيـة (Physical Energy) الواردة إليه مـن داخـل الجـسم أو خارجـه، إلـى طاقـة فيـسيولوجية (Physiological Energy)، على هيئة سيالات عصبية (Nerve Impulses)، والتـي هـي همـزة وصل ما بين الطاقة الفيزيائية من جهة، والطاقة السيكولوجية (Physiological Energy) من جهة ثانية، وإرسال هذه الطاقة الفيسيولوجية لاحقاً عبر التشابك العصبي المركـزي (Central Nerve

Synapsis) إلى خلايا عصبية مجاورة، أو التشابك العصبي المحيط إلـى أعـضاء الاسـتجابة، والشكل (١) يبين التركيب العام للخلية العصبية(John Wiley & Sons. Ins, 2000).



الشكل ١. التركيب العام للخلية العصبية

يقسم المحور الاسطواني تبعاً لوجود او عدم وجود الغشاء المحيط به الى نوعين هما:

- الليف العصبي الميليني (Myelinated Nerve) او الليفة البيضاء (Fibres or White Fibre).

- الليف العصبي غير الميليني (Non Myelinated Nerve Fibres) او الليفـة الرماديـة (Gray Fibres) بني يونس (٢٠٠٢).

يتميز النوع الأول من المحاور الاسطوانية بأنه محاط بطبقة ثخينـة تـدعى بالغمـد او الغشاء الميليني (Myelin Sheath)، والذي يتكون من عدة طبقات تحتوي على مـواد بروتينيـة دهنية، ويكون لون مادة الميلين أبيض، فيبدو لون الليفة العصبية الميلينية بيضاء، وتوجـد هـذه الألياف العصبية الميلينية في الحيوانات الفقارية، وتكـون الاعصاب الـصادرة عـن الـدماغ والنخاع الشوكي؛ في حين توجد الألياف العصبية غير الميلينية في الحيوانات اللافقارية، وفـي الجهاز العصبي الودي (Sympathetic Nervous System)، وأيضاً في بعـض أجـزاء الـدماغ والنخاع الشوكي (بني يونس، ٢٠٠٢).

ومن الجدير بالذكـر، بـأن الغشاء الميليني لا يغطي كل طول المحور الاسـطواني، بل توجد مناطق في المحور الاسطواني خالية من وجود الغشاء الميليني، تظهـر علـى هيئـة

تخصرات تدعى عقد رانفير (Nodes of Ranvier)، حيث يعمل الغشاء الميليني على زيادة سرعة السيال العصبي، بحيث يقفز من عقدة رانفير الى عقدة رانفير المجاورة، وتكون سرعة الـسيال العصبي في الليف العصبي الميليني السميك أعلى مما هي في الليف العصبي الأقـل سـمكاً، إذ تبلغ سرعة السيال العصبي في الليف العصبي الميليني (٥٠٠م/ث) (بني يونس، ٢٠٠٢).

ويحاط الغمد الميليني بطبقة رقيقة تدعى غشاء او غمد شـوان (Sheath of Schwann) والذي يبدأ في المرحلة الجنينية بتكوين الغمد الميليني، كما يساعد في تسريع إلتئام الاصابات في الليف العصبي نظراً لقدرته على التكاثر (بني يونس، ٢٠٠٢).

وتأسيساً على ما سبق، توجد علاقة وثيقة بين اضطراب الغشاء الميليني المحـيط بـالمحور الاسطواني من جهة وإضطراب التصلب اللويحي المتعدد (Multiple Sclerosis Disorder) مـن جهة ثانية.

ب) وصف إضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

يعـرف إضطراب التصلب اللويحي المتعدد بأنه إختلال تركيبي وظيفي، يتمثـل فـي تمزق الغشاء الميليني المحيط بالمحور الاسطواني للخلية العصبية، وهو أحد اضطرابات الجهاز العصبي ويصنف ضمن الاضطرابات المتعلقة بالمناعة الذاتية، نظراً لأن جهاز المناعة يفـشل في تمييز أنسجته الخاصة، فيقوم بمهاجمة الغشاء الميليني المحيط بالمحور الأسطواني (Multiple Sclerosis, 2001).

وقد حظي إضطراب التصلب اللويحي المتعدد بإهتمام الاخصائيين فـي علـم المناعـة النفسية العصبية (Psychoneuroimmunology) والذي اصبح من اهم العلوم الطبيـة، ويخـتص بدراسة انماط التفاعل ما بين عمليات التكيـف الـسلوكية، والعـصبية، والغديـة، والمناعيـة (Ader,1995)، وقد أدى التقدم الهائل في هذا المجال الى تشخيص هذا الاضطراب وعلاجه مـن منظور فـسيولوجي، إذ يـصنّف هـذا الاضـطراب ضـمن اضـطرابات المناعـة الذاتيـة (Autoimmunity Disorder)، كما انه ينتمي الى اضطرابات الجهـاز العـصبي (Disorders of Nervous System) (Angier, 2001)، عند تعرض الفرد لاضطراب في نظامه المنـاعي، يقـوم جهاز المناعة (The Immune System) بمهاجمة أنسجة جسمه، إذ أن هنـاك أكثـر مـن (٨٠) إضطـراباً ذات صلة بالمنـاعة، مـن بينـها اضـطراب التصـلب اللويحي المتعدد (Koch, M., Uyttenboogaart, M., van Harten, A., Heerings, M., De Keyser, J., 2008).

ج) الخصائص الديمغرافية لاضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

ينتشر هذا الاضطراب على نطاق واسع في امريكا، والمجتمعات الغربية، حيث يصاب به بمعدل واحد من كل (١٦٠٠) أمريكي تقريباً (Multiple Sclerosis, 2001). ويتميز هذا الاضطراب بجملة من الخصائص الديمغرافية كما ورد في (Multiple Sclerosis, 2001)، تتلخص في الآتي:

السن: يبدأ المرض في العمر بين ٢٠-٤٠، وفي ٧٠% من المرضى بعمر الثلاثين عاماً في المتوسط، وتصل الذروة في منتصف العشرين، وتندر الإصابة به قبل سن ١٥ وفوق سن ٦٠ سنة.

الجنس: ينتشر المرض بين النساء أكثر من الرجال، وتصل الفجوة بين الجنسين إلى أكبر قدر بين الأشخاص الذين يصابون بالتصلب اللويحي المتعدد في سن مبكر. ولكن النتائج تشير إلى أنه يسبب إعاقة لدى الذكور أعلى مما لدى الإناث.

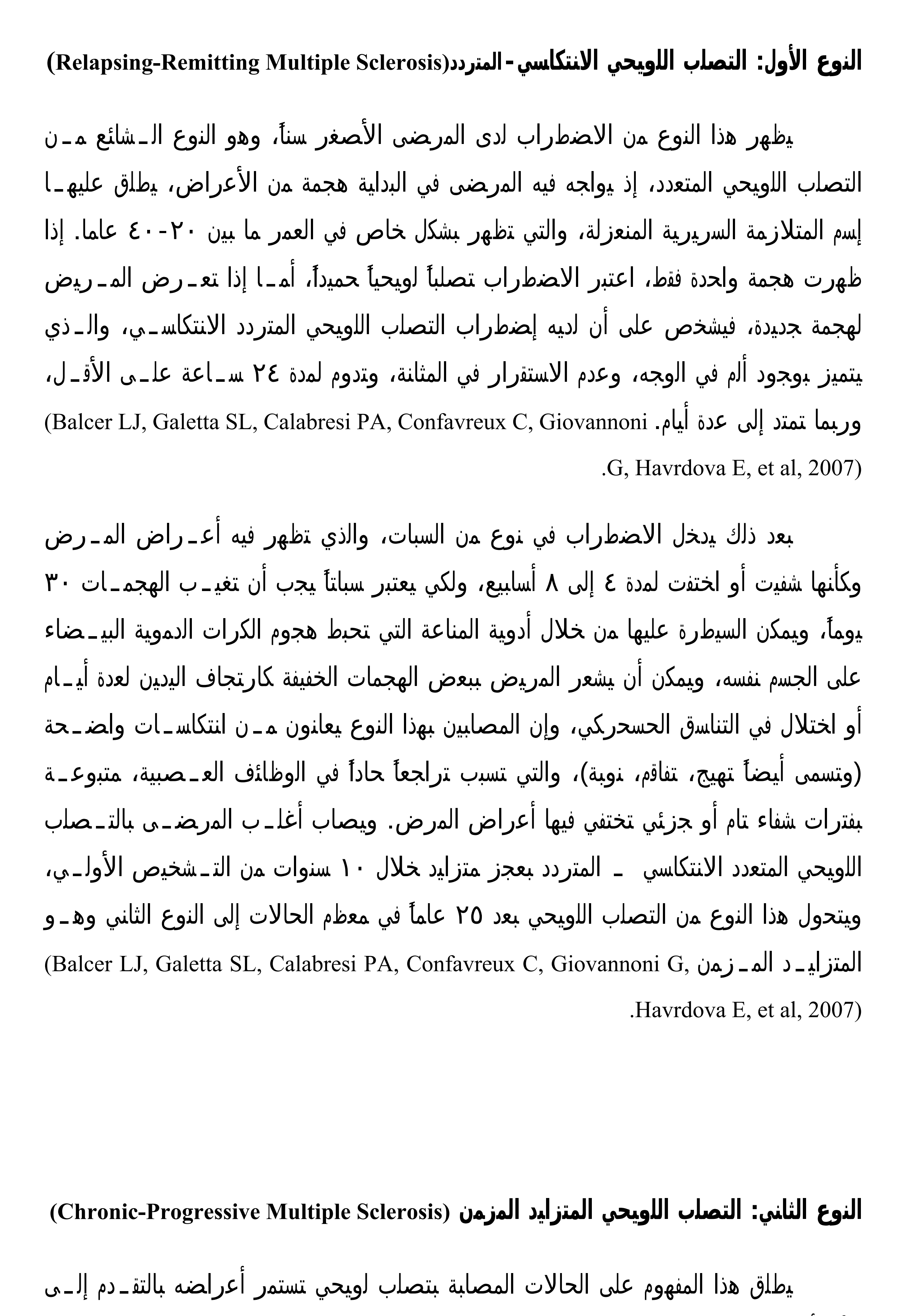
العرق والأثنية: أكثر ما يصيب العرق القوقازي من أصل أوروبي، خاصة في الإقليم السكوتلاندي، وهو نادر جداً بين الآسيوين والأفارقة والأمريكيين الأصليين (الهنود الحمر)، ويذكر أن لا وجود للمرض في المجموعات العرقية الخاصة (مثل الإسكيمو والغجر).

الجغرافيا: تُعد المناطق الشمالية والوسطى من أوروبا (ما عدا شمال الدول الاسكندنافية)، وايطاليا، وجنوب أستراليا، والمناطق الشمالية من أمريكا الشمالية من أكثر المناطق التي ينتشر فيها اضطراب التصلب اللويحي المتعدد، وتقل الإصابة في أجزاء من أفريقيا وآسيا ، والبحر الكاريبي، والمكسيك، ولا يعرف سبب التوزيع الجغرافي له.

د- تصنيف اضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

يصنف التصلب اللويحي المتعدد كما ورد في (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007) إلى نوعين، هما:

التصلب اللويحي الانتكاسي – المتردد، والتصلب اللويحي المتزايد المزمن، ويتفرع هذا النوع إلى ثلاثة أنواع فرعية هي، التصلب اللويحي المتعدد المتزايد – الثانوي، والتصلب اللويحي المتعدد المتزايد – الأساسي، والتصلب اللويحي المتزايد الانتكاسي.



النوع الأول: التصلب اللويحي الانتكاسي - المتردد(Relapsing-Remitting Multiple Sclerosis)

يظهر هذا النوع من الاضطراب لدى المرضى الأصغر سناً، وهو النوع الشائع من التصلب اللويحي المتعدد، إذ يواجه فيه المرضى في البداية هجمة من الأعراض، يطلق عليها إسم المتلازمة السريرية المنعزلة، والتي تظهر بشكل خاص في العمر ما بين ٢٠-٤٠ عاما. إذا ظهرت هجمة واحدة فقط، اعتبر الاضطراب تصلباً لويحياً حميداً، أما إذا تعرض المريض لهجمة جديدة، فيشخص على أن لديه إضطراب التصلب اللويحي المتردد الانتكاسي، والذي يتميز بوجود ألم في الوجه، وعدم الاستقرار في المثانة، وتدوم لمدة ٢٤ ساعة على الأقل، وربما تمتد إلى عدة أيام. (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007).

بعد ذلك يدخل الاضطراب في نوع من السبات، والذي تظهر فيه أعراض المرض وكأنها شفيت أو اختفت لمدة ٤ إلى ٨ أسابيع، ولكي يعتبر سباتاً يجب أن تغيب الهجمات ٣٠ يوماً، ويمكن السيطرة عليها من خلال أدوية المناعة التي تحبط هجوم الكرات الدموية البيضاء على الجسم نفسه، ويمكن أن يشعر المريض ببعض الهجمات الخفيفة كارتجاف اليدين لعدة أيام أو اختلال في التناسق الحسحركي، وإن المصابين بهذا النوع يعانون من انتكاسات واضحة (وتسمى أيضاً تهيج، تفاقم، نوبة)، والتي تسبب تراجعاً حاداً في الوظائف العصبية، متبوعة بفترات شفاء تام أو جزئي تختفي فيها أعراض المرض. ويصاب أغلب المرضى بالتصلب اللويحي المتعدد الانتكاسي - المتردد بعجز متزايد خلال ١٠ سنوات من التشخيص الأولي، ويتحول هذا النوع من التصلب اللويحي بعد ٢٥ عاماً في معظم الحالات إلى النوع الثاني وهو المتزايد المزمن (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007).

النوع الثاني: التصلب اللويحي المتزايد المزمن (Chronic-Progressive Multiple Sclerosis)

يطلق هذا المفهوم على الحالات المصابة بتصلب لويحي تستمر أعراضه بالتقدم إلى الأسوأ بدون سبات، وتبلغ نسبة المرضى الذين يعانون من هذا النوع ٢٥% من بين كل

المرضى المصابين بالتصلب اللويحي، وهو يصيب المرضى الذين تظهر لديهم أعراض المرض بعد عمر الخمسة والأربعين عاماً، ويصابون بالتصلب اللويحي المتعدد المتزايد المزمن بدون أن يكون لديهم تصلب لويحي انتكاسي متردد، ويتفرع عنه ثلاثة أنـواع (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007).

١. **التصلب اللويحي المتعدد المتزايد – الثانوي Secondary-Progressive (SPMS)** : وهو التطور الطبيعي للتصلب اللويحي الانتكاسي – المتردد، ويعاني منه نـصف المرضـى خلال العشر سنوات الأولى، وغالبية المرضى خلال ٢٥ عاماً، ويصاحب هـذا النـوع تدهوراً تدريجياً للأعصاب والعضلات.

٢. **التصلب اللويحي المتعـدد المتزايـد – الأساسـي Primary-Progressive (PPMS):** ويتطور هذا النوع من التصلب اللويحي من هجمات متباعدة بينها خمود إلـى أعـرض متواصلة، ويظهر هذا في ١٠% من المرضى الذين يصابون بالمرض في عمر أكبر.

٣. **التصلب اللويحي المتزايد الانتكاسي Progressive-Relapsing (PRMS)**: وهو النـوع المتقدم من المرض، يتميز بمجموعة من الانتكاسـات مـع اسـتمرار التـدهور فـي الانتكاسات، وهذا يحصل لدى ٥% فقط من المرضى المصابين بالتصلب اللويحي.

ونظراً للتشابه بين المراحل والأنواع المختلفة يرى الكثير من الأخصائيين عدم أهميـة التمييز بين هذه الأنواع (Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al, 2007).

هـ - تشخيص اضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

تمرالإصابة بهذا الاضطراب بعدة مراحل، وتتلخص في:

- أن المرض يبدأ قبل وقت طويل من بدء الأعراض، وعندما تبدأ الأعـراض بـالظهور تكون إشارة على التلف في الدماغ، والنخاع الشوكي. ويعتبر التصلب اللويحي المتعـدد من الحالات التي يصعب تشخيصها، نتيجة لتنوع الأعراض وتعقيدها، مما يتطلب إلغاء إحتمال الإصابة بأمراض أخرى أولاً قبل تشخيص التصلب اللويحي المتعدد.
- يمكن تشخيص المرض بعد الحصول على تاريخ سريري مفصل من المريض، وإجراء فحص عصبي شامل، وذلك بإستخدام الرنين المغناطيسي، والذي يعطي صورة للـدماغ

تساعد في تحديد ما إذا كان هناك تلف في الغشاء الميليني. كما يـتم إجـراء فحـوص تشخيصية إضافية، لتحديد حدوث زوال الميلين كالفحوص التي تقيس سـرعة انتقـال الأوامر من الدماغ إلى الأعصاب.

يتلخص التشخيص، بالفحص السريري، وملاحظة الأعراض مـع الـسيرة المرضـية، والتصوير الشعاعي بالرنين المغناطيـسي، وخزعـة مـن النخـاع الـشوكي، والفحوصـات المخبرية(Multiple Sclerosis, 2001).

و- زملة الأعراض الإكلينيكية المميزة لاضطراب التصلب اللويحي المتعدد:

تتضح الصورة الاكلينيكية لهذا الاضطراب بشكل أكثر دقة وعملية من خلال تحديد الأعـراض التي يتسم بها، حيث تتحدد معالمه الاكلينيكية في نسق من الاعـراض الجـسمية، والـسلوكية، والمزاجية ، والمعرفية كما ورد في (Multiple Sclerosis, 2001)، وهي:

١. الإجهاد أو التعب، وهو يسوء في فترة ما بعد الظهر، وقد يصاحبه ازديـاد فـي درجـة حرارة الجسم، وهذا العرض يعاني منه المرضى كافة تقريباً.
٢. ضعف في النظر في إحدى أو كلتا العينين بسبب الالتهاب الذي يصيب العصب البصري خلال تطور المرض، ويؤثر هذا العرض في٥٠% مـن المرضـى ويقـر ١٦% مـن المرضى أنه أول عرض يشعرون به، وتختص هذه الشكوى بالرؤيـة المزدوجـة، وقـد يشكون من حركة لا إرادية للعين، وفي ١٧% من الحالات يصابون بضعف أو تعطيل في حركة العين.
٣. ضعف عضلات إحدى أو كلتا الساقين والتآزر الحركي فيهما.
٤. تغير في حساسية الأطراف، والشعور بالوخز، والثقل، والخدر، والإحساس بـالوخز فـي الوجه، والذراعين، والساقين، ويمكن أن يفقد المرضى في النهاية الإحـساس بـالأطراف نهائياً، وعادة ما تتطور أعراض التصلب اللويحي المتزايد الثانوي في الجزء العلوي مـن الساقين.
٥. علامة ليهرميت (Lhermitte's sign)، وهي الحساسية الكهربائية التي تبدأ في الظهر إلـى أسفل القدمين والتي تنتجها عملية أنحناء الرقبة إلى الأمام.
٦. فقدان السيطرة على المثانة.

٧. التشنج، وهي عدم القدرة على السيطرة على أداء العضلة ويؤدي إلى قسوة العضلة وتيبسها.

٨. الدوار، وعدم التوازن نتيجة لإصابة المخيخ.

٩. إصابة بأعصاب الوجه، وأكثرها حدوثاً هو الإصابة بالعصب البصري أو العصب الثالث أو السابع للوجه أو عصب السمع.

١٠. التوتر، أشارت الدراسات الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بينه وبين التوتر.

١١. الوهن والإنهاك، وتؤثر في ثلثي مرضى التصلب اللويحي، وهو بشكل خاص في الجزء العلوي من الجسم والذي يستمر على الأقل نصف الوقت أو أكثر من ٦ أسابيع، وهو يتسبب في افتقار الطاقة ويحد من وظائف المريض اليومية.

١٢. فقدان الحركة والتشنج، تقريباً كل المرضى يفقدون بعضاً من حركتهم والتي قد تأخذ أشكالا من الافتقار إلى السيطرة على الحركة، والوهن في العضلات، والخلل في التوازن والتشنج، خاصة أن التشنج أحد الأعراض المبكرة لمرض التصلب اللويحي المتعدد، والذي يزداد في الرجلين والجذع، ويمكن أن تتأثر الحركة بعوامل غير جسدية مثل الصحة العامة للمريض، والمحيط الاجتماعي، والإرهاق، وحتى الجو من حول المريض.

١٣. تعطيل في الأمعاء، والتي قد تشمل الإمساك أو المعاناة في التبرز، وهي مشكلة خطيرة للكثير من المرضى، ويمكن أن ينتج الإمساك عن المرض نفسه أو الأدوية المستخدمة من أجل السيطرة على الهجمات.

١٤. صعوبة في البلع، يعاني ما بين ثلث إلى نصف المرضى من صعوبة في المضغ أوالبلع وتزيد هذه المشكلة سوءاً مع الأدوية المستخدمة.

١٥. مشاكل في الرئتين، فالعضلات التي تتحكم بالتنفس تضعف وتصبح القدرة على السعال معطلة ويصبح المريض عرضة للإصابة بذات الرئة.

١٦. النخر في العظام، وهو فقدان كثافة العظام وتكثر الكسور وبدون أسباب تذكر، ويزيد من سوئها عدم القدرة على التحرك وبعض الأدوية المستخدمة في العلاج.

١٧. تغير في الكلام سواء بتقطعه أو عيوب في النطق والسمع.

١٨. فقدان القدرة الجنسية وهي مشكلة شائعة وتظهر في أكثر من ٧٠% من المرضى، حيث يعاني الرجال من العنة (العجز الجنسي) وتعاني النساء من مشكلة في السائل المهبلي وكثيراً ما يرتبط مع المشاكل البولية (Multiple Sclerosis, 2001).

ز- تفسير اضطراب التصاب اللويحي المتعدد:

ظهرت عدة نماذج لتفسير هذا الاضطراب، تتمثل في النموذج البيولوجي (الوراثي- العصبي الكيميائي)، والنموذج البيئي (المادي والاجتماعي)، والنموذج النفسي.

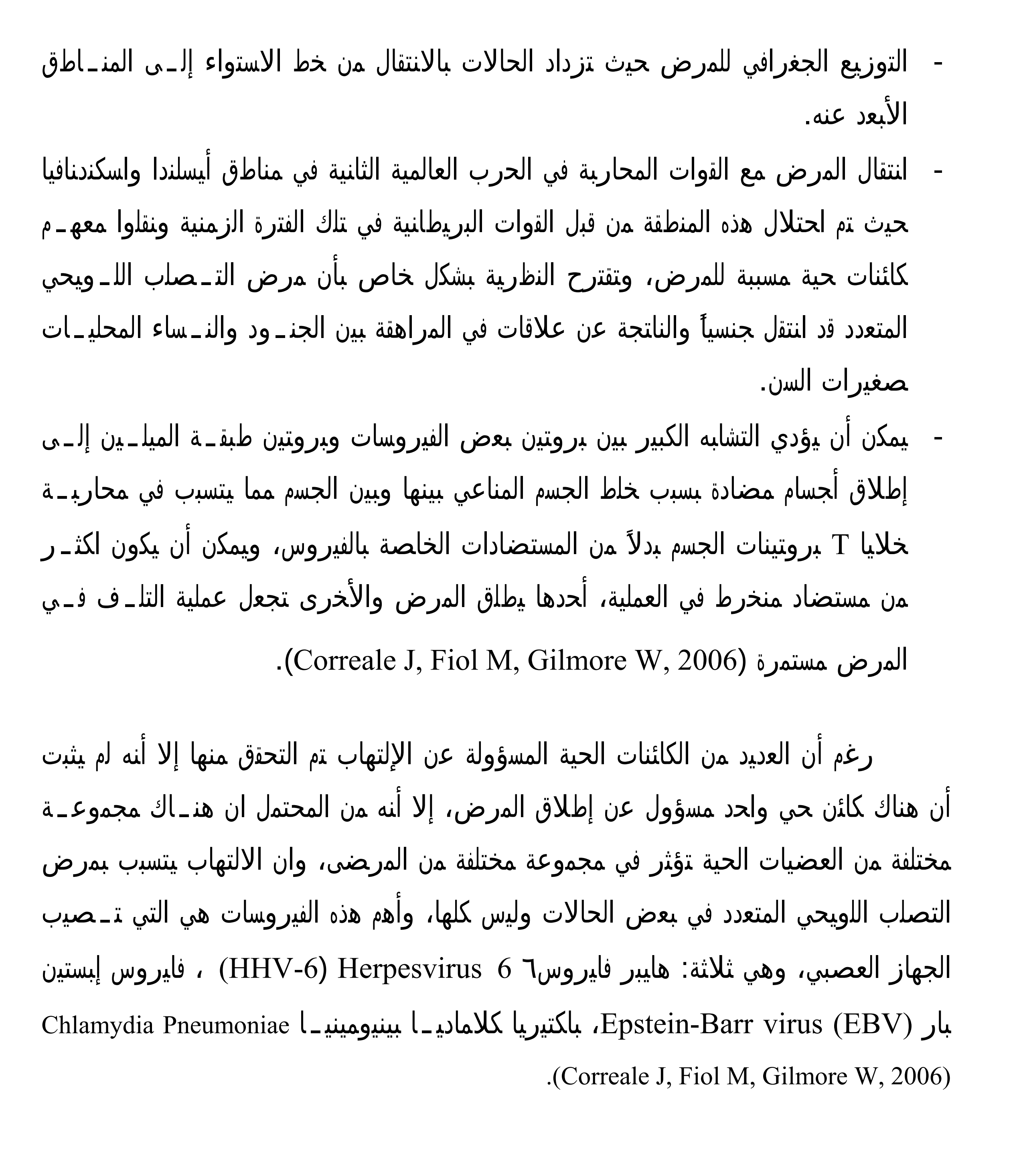
النموذج الأول: البيولوجي (الوراثي- العصبي الكيميائي):

ورغم أنه لا يوجد أي جين مسؤول بشكل مباشر عند الإصابة بهذا المرض إلا أن المرض يظهر لدى الأشخاص الذين لديهم استعداداً جينياً وتعرضوا لعوامل بيئة صعبة (مثل فيروس أو تسمم) والتي تتلف الحاجز بين الدم والدماغ، وتطلق العوامل المناعية من خلال تلاقي الخلايا العصبية مع الإلتهابات لتطلق هجمة مناعية من الجهاز المناعي على طبقة الميلين المحيطة بالمحاور العصبية، ويرى البعض بأن التصاب اللويحي المتعدد ليس اضطرابا واحدا بل هو مجموعة من أنماط الاضطرابات ويمثل مجموعة من الأمراض ذات الأسباب المختلفة. بالمقابل ترى بعض الدراسات أن التصاب اللويحي المتعدد وكغيره من الأمراض المناعية ينتج عن نفس الخلل الجيني (Boggild, 2006).

النموذج الثاني: البيئي (المادي والاجتماعي)

إن التصاب اللويحي المتعدد أكثر شيوعاً في المناطق الأبعد عن خط الاستواء. لذا فهو شائع نسبياً في بريطانيا، وأميركا الشمالية، وكندا والمناطق الاسكندنافية، لكنه شبه غير معروف على الإطلاق في دول مثل الإكوادور وماليزيا. إن سبب هذا التوزيع غير واضح، لكن يعتقد أن هناك شيئاً ما في البيئة، ربما بكتيريا أو فيروس، يسبب تدمير الميلين في الحيوانات والإنسان، على الرغم من وجود عدد من الفيروسات التي ارتبطت كمسبب للتصاب اللويحي المتعدد، لكن لا توجد أدلة محددة تربط فيروس معين بهذا المرض (Centonze D, Koch G, Versace V, Mori F, Rossi S, Brusa L, et al, 2007).

ويمكن أن تكون الفيروسات المتهم الأول في إطلاق الاستجابة المناعية في الأشخاص الذين لديهم استعداد جيني للإصابة بالتصاب اللويحي المتعدد، وهناك مجموعة من الأسباب التي تؤدي إلى هذا الاعتقاد:



- التوزيع الجغرافي للمرض حيث تزداد الحالات بالانتقال من خط الاستواء إلى المناطق الأبعد عنه.
- انتقال المرض مع القوات المحاربة في الحرب العالمية الثانية في مناطق أيسلندا واسكندنافيا حيث تم احتلال هذه المنطقة من قبل القوات البريطانية في تلك الفترة الزمنية ونقلوا معهم كائنات حية مسببة للمرض، وتقترح النظرية بشكل خاص بأن مرض التصلب اللاويحي المتعدد قد انتقل جنسياً والناتجة عن علاقات في المراهقة بين الجنود والنساء المحليات صغيرات السن.
- يمكن أن يؤدي التشابه الكبير بين بروتين بعض الفيروسات وبروتين طبقة المايلين إلى إطلاق أجسام مضادة بسبب خلط الجسم المناعي بينها وبين الجسم مما يتسبب في محاربة خلايا T بروتينات الجسم بدلاً من المستضادات الخاصة بالفيروس، ويمكن أن يكون الكثير من مستضاد منخرط في العملية، أحدها يطلق المرض والأخرى تجعل عملية التلف في المرض مستمرة (Correale J, Fiol M, Gilmore W, 2006).

رغم أن العديد من الكائنات الحية المسؤولة عن الإلتهاب تم التحقق منها إلا أنه لم يثبت أن هناك كائن حي واحد مسؤول عن إطلاق المرض، إلا أنه من المحتمل ان هناك مجموعة مختلفة من العضيات الحية تؤثر في مجموعة مختلفة من المرضى، وان الالتهاب يتسبب بمرض التصلب اللاويحي المتعدد في بعض الحالات وليس كلها، وأهم هذه الفيروسات هي التي تصيب الجهاز العصبي، وهي ثلاثة: هايبر فايروس٦ Herpesvirus 6 (HHV-6) ، فايروس إبستين بار Epstein-Barr virus (EBV)، باكتيريا كلاماديا بينيومينيا Chlamydia Pneumoniae (Correale J, Fiol M, Gilmore W, 2006).

النموذج الثالث: النموذج النفسي:

على الرغم من كثرة الصعوبات المنهجية التي تواجه الأبحاث في علم نفس المناعة، إلا أن الدراسات أشارت الى وجود العديد من الأحداث الضاغطة الشائعة، التي يمكن أن تؤثر في جهاز المناعة بطريقة سلبية، وقد أجريت الأبحاث البديلة على الحيوانات، وبينت بالفعل وجود قدرة للأحداث الضاغطة التي يمكن احداثها في الموقف التجريبي على تغيير مستوى المناعة وجعل الحيوان عرضه للإصابة بالأمراض. فتعريض الفئران للأصوات العالية أو الصدمة الكهربائية أو الانفصال عن الأم، أمثلة على الأحداث الضاغطة التي بإمكانها أن تترك آثاراً سلبية على جهاز المناعة (Elizabeth & Virginia & Matthew & James & Redford, 2006)

ويؤيد الكثير من الأبحاث اليوم هذه النتيجة، فلدى مراجعة ٣٨ دراسة أجريت حول العلاقة بين الضغط والمناعة لدى الإنسان (Herbert & Cohen, 1993)، استنتج الباحثون أن هناك الكثير من الدلائل التي تشير إلى وجود علاقة بين الضغط وتدني مؤشرات الأداء المناعي، سواءً في فاعلية الخلايا القاتلة "NK" أو في عدد خلايا "T" المعروفة بـ "CD4" و"CD8" (Elizabeth et al, 2006).

وقد تنخفض المناعة على مستوى الخلايا لدى بعض الاشخاص خلافاً لغيرهم جراء تأثير الضغوط النفسية. فقد وجدت الدراسات المخبرية التي أجريت على أشخاص سليمين تم تعريضهم طوعاً لاحداث ضاغطة، أن ردود الفعل قد ازدادت حدةً فقط عند أولئك الذين كانت ردود فعلهم للضغوط على مستوى شرايين القلب عالية أيضاً (Manuk, Cohen, Rabin, Muldoon & Bachen 1991)، وهذا ينسجم مع الفكرة القائلة إن هناك مساراً مهماً لجهاز المناعة، عبر الإثارة السمبثاوية في الاستجابة للضغوط (Huang, 2001).

كما تم البحث في العلاقة بين المنغصات اليومية (daily hassles) والمناعة. وقد ركزت إحدى الدراسات بوجه خاص على مجموعة من الأشخاص الذين يعانون نقصاً حاداً في الخلايا القاتلة الطبيعية. ووجدت أن العاملين الرئيسيين الكفيلين بالتنبؤ عن العلاقة بين المنغصات اليومية وضعف المناعة، أو نقص الخلايا القاتلة الطبيعية، هما العمر وشدة المنغصات. كما وجد أنه كلما أدرك الفرد خطر هذه المنغصات ودرجة تهديدها له، انخفض نشاط الخلايا القاتلة "NK" بشكل مزمن (Beeney, 2008).

وقد أثبتت الدراسات أن الضغوط النفسية والاكتئاب تزيد من احتمالات التعرض لمرض التصلب اللويحي المتعدد وللانتكاسات المرضية بمقدار الضعف، ففي عام (٢٠٠٤) تم جمع

(٢٩٣) دراسة على مدى ثلاثين عاماً أثبتت أن الضغوطات النفسية المستمرة تؤثر بشكل سـلبي وملحوظ في جهاز المناعة مما يقلل من قدرة الجسم على المقاومة ويزيد من احتمالية الإصـابة بالمرض وخصوصاً وأن بعض التفـسيرات الطبيـة للمـرض تـشير إلـى انـه ذو أسـاس فيروسي(Harte & Mohr, 2008).

ح- التدخل العلاجي لاضطراب التصاب اللويحي المتعدد:

بفضل التقدم التكنولوجي في علم المناعة النفسية العصبية، ظهرت أساليب عديدة لعلاج هذا الاضطراب، يمكن تلخيصها في الآتي (Hensiek AE, Seaman SR, Barcellos LF, Oturai A, Eraksoi M, Cocco E, et al, 2007).

أولاً: معالجة الأعراض المزمنة مثل تيبس العـضلات والإجهـاد والآلام الحـادة أو المزمنـة والارتعاش والضعف الجنسي والدوار والإكتئاب بالأدوية المختلفة المناسـبة لكـل عـرض أو بالعلاج الطبيعي والتأهيلي.

ثانياً: المعالجة المناعية للتصاب المتعدد باستخدام الكورتيزون.

ثالثاً: المعالجة بالانترفيرون.

الأدوية المستخدمة في علاج المرض:

- ريبيف: (Interferon beta 1a Rebif) إبرة تحت الجلد ثلاث مرات في الأسبوع.

- بيتاسيرون: (Betaseron® = Interferon beta 1b) إبرة تحت الجلد كل يومين،

- أفونكس: (Avonex® = Interferon beta 1a) إبرة في العضل كل أسـبوع، و يـستخدم بحذر إذا كان المريض مصاباً بداء الصرع.

- كوباكسون: (acetate Copaxone® = Glatiramer) إبرة تحت الجلد كل يوم.

- نوفانترون: (Mitoxantron = ®Novantrone).

- تايسابري: (Tysabri® = Natalizumab).

2- وصف وتفسير الحالات الانفعاليـة (Description & Explanation of the Four Emotional States)

عندما يتعرض أي شخص الى الاصابة بإضطراب جسمي أو نفـسي حـاد أو مـزمن (Psycho or Somato Disorder)، فإن هذا الإضطراب يعد بمثابة مثير سلبي، يـؤدي الـى إستجابات متنوعة في نوعها، وشدتها لدى الشخص المـضطرب، ومـن بينهـا: الاسـتجابات الإنفعالية (Emotional Responses). وتظهر الاستجابات الإنفعالية على هيئة حالات إنفعالية (Emotional States)، تـُرافق الإضطراب الحاد أو المزمن، والذي يؤثر سلباً فـي مختلـف جوانب حياة الشخص المضطرب (Beeney, 2008).

وبقدر ما تعتبر الاستجابات الانفعالية السارة وغير السارة نتاجاً للاضطرابات الجسمية، والنفسية المختلـفة، فإنها تُعد بـمثابة إشـارات تحذيريـة، ومـسببة للعديـد مـن هـذه الاضطرابات(بني يونس، ٢٠٠٩).

أ. مفهوم الحالات الانفعالية:

تـُعرف الحالات الانفعالية كما ورد في بني يونس (٢٠٠٩)، بأنها استجابات مزاجيـة لمواقف وأحداث داخلية، كالاضطرابات الجسمية مثلاً، وخارجية كالضغوط، ويمكن أن تكـون مثيرات لإستجابات معرفية، وسلوكية في آن واحد، وتتميز الحالات الإنفعالية بأنها مشروطة أو مسببة، اي أنها لا تنشأ من فراغ، فهي لا تظهر إلا بوجود سبب عضوي، أو نفسي، وقد تظهر لفترة مؤقتة وتختفي بزوال المثير، وقد تدوم لفترة طويلة، وتصبح سـمة ثابتـة متأصـلة فـي شخصية الفرد، وتعتمد مدة استمرار الحالات الانفعالية على عوامل عدة، لعل من أبرزها: شـدة الإصابة بالإضطراب، سواء كان حاداً أو مزمناً بني يونس (٢٠٠٩).

ب. مظاهر أنواع الحالات الانفعالية:

تعتبر الحالات الانفعالية بمثابة طيف واسع من الانفعالات، وقد ظهرت تصنيفات عديدة لها، تبعاً لشدتها، ومدتها، ومن هذه التصنيفات كما وردت في بني يونس (٢٠٠٩)، وهي:

- الحالات الإنفعالية الإيجابية أو السارة: كالسرور مثلاً، وتنشأ عن مواقف وأحداث سارة، وتترك آثاراً إيجابية في كافة جوانب حياة الشخص، كما تُشكل باعثاً على التفاؤل لديه، تعمل على تنشيط دافع الإقبال على الحياة بثقة وإقتدار، وتزيد من سرعة التماثل للشفاء لديه.
- الحالات الإنفعالية السلبية أو غير السارة: كالحزن، والغضب، والخوف مثلاً، وتنشأ عن مواقف وأحداث غير سارة، وتترك آثاراً سلبية في كافة جوانب حياة الشخص، كما تشكل باعثاً على التشاؤم لديه، تعمل على تنشيط دافع الإحجام عن الحياة وتجنبها، فتقلل من فاعلية أدائه وإنتاجيته، كما تقلل من فرصه في التماثل للشفاء وتعمل على تأجيله.

وتُصنّف الإنفعالات الى: إنفعالات التوقع والتنبؤ (كإنفعالات القلق، والخوف مثلاً)، وإنفعالات الإشباع والسرور، وإنفعالات الإحباط (كإنفعالات الغضب والحزن)، وإنفعالات التواصل (كإنفعال الخجل)، والإنفعالات الوجدانية- المعرفية (كإنفعالات الإهتمام أوالدهشة). وفيما يأتي إستعراض لأبرز جوانب الحالات الإنفعالية، وهي: السرور ، الحزن، الغضب، والخوف.

الحالة الإنفعالية الأولى: السرور (Happiness)

يُعد إنفعال السرورمن المفاهيم النفسية التي أثارت جدلاً ونقاشاً بين علماء النفس وحظيت بإهتمامهم، وذلك لوصفه، وتفسيره، وأخذ كل باحث يعرفه من إطار النظرية التي يتبناها. ويعرفه إيليان (Elean, 2007)، بأنه عبارة عن إنفعال إيجابي نشط، يعبر عن وجود مزاج مرح، وإحساس بالمتعة لدى الفرد. أما تعريفه كما ورد في بني يونس (٢٠٠٩)، فهو بمثابة إستجابة إنفعالية إيجابية لموقف أو حدث سار تعرض لتأثيره شخص ما أو أشخاص مقربين منه. فعندما يشبع الفرد حاجاته المادية والروحية، ويلبي رغباته، ويحقق أهدافه المنشودة أو يأمل في تحقيقها، فإنه يشعر بالسرور إزاء ذلك، وحينما يشعر الفرد بالسرور، تظهر عليه تعبيرات جسمية، كالبسمة، والضحك، والمرح، ويدعى بالسرور الصريح، أو المعلن عنه، أو المرئي، ويمكن أن يشعر الفرد بالسرور، ولا يظهر عليه المرح، ويدعى بالسرور الصامت أو الضمني أو المضمر، بني يونس (٢٠٠٩). ويصنف السرور تبعاً لمدته الى سرور طويل الأمد، ويدعى بالسعادة، وسرور قصير الأمد، وهناك السرور الإيجابي، والذي يتمثل في رضا الفرد عن نفسه، وعن الآخرين وحبه لهم، وزيادة في مستوى الإيثار (Altruism) لديه نحوهم، والسرور السلبي أو الشرير، والذي يعبر عن سرور الفردبفشل الآخرين (Elean, 2007)،

فالسرور كما قال الزمخشري هو لذّة في القلب عند حلول نفع أو توقعه، وهناك السرور المفرط، والناتج عن الرضا الزائد عن الذات، والذي يؤدي الى الشغب أو العربدة.

وأشار إيليان (Elean, 2007) الى أن البسمة كتعبير عن السرور تظهر لدى الطفل في عمر ثلاثة أسابيع بعد ولادته، ومنذ الأسبوع الرابع - الخامس وحتى الشهر الرابع – الخامس، يبتسم الطفل لأي وجه بشري مألوف له. وعليه، فالسرور كإنفعال محكوم بمدخلات، وإجراءات خاصة به، يتمثل في نوع الاشارات الباعثة على السرور، وشدتها، ومدتها من جهة، وكيفية إدراك الفرد لها من جهة ثانية، فإستمرارها يتوقف على نوع التغذية الراجعة له سواءً كانت منشطة او مثبطة، (بني يونس، ٢٠٠٩).

ويشير بني يونس (٢٠٠٩)، الى ان السرور كإنفعال هو نتاج تفاعل عوامل بيولوجية (وراثية وعصبية- هرمونية) من جهة، وعوامل نفسية (كالعمليات العقلية المعرفية، وغير المعرفية)، وبيئية (مادية وإجتماعية) معاً.

وهذا يعني ان تشكيل السرور له صلة مباشرة بكافة العوامل آنفة الذكر، فتنميط الشخصية بهذه الصفة الإنفعالية يعتمد على عوامل عدة منها: الذكاء الإنفعالي، والإجتماعي، وأنماط التعلّق، وتقدير الذات، وتأكيدها، وتحقيقها، وتقبلها، فالسرور الهائج عند النجاح مثلاً، هو من صفات الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض. ويتسم حدوث السرور، كما ورد في (Elean, 2007) بجملة من الخصائص الفسيولوجية، والسلوكية، من بينها:

- يؤدي الشعور بالسرور الى إستثارة المراكز العصبية الحركية (كتحريك الأطراف العلوية والسفلية، كالتصفيق، والقفز مثلاً).
- زيادة في سرعة تيار الدم في الشعيرات الدموية والتي ينتج عنها إحمرار في الوجه، وزيادة دفء الجسم، وزيادة في تروية الأنسجة، والأعضاء الداخلية بالدم المؤكسد، وإزدياد كبير في العمليات الأيضية (البناء والهدم).

وتأسيساً على ما سبق، فإن السرور كحالة إنفعالية، يختلف في نوعه، وشدته، حيث يصنف ضمن الإنفعالات الإيجابية القوية، يصاحبها تغيرات فسيولوجية ونفسية معاً، وتعبر عن مواقف سارة في صور صريحة او ضمنية، وهي دالّة الشخصية، حيث تقوم بوظائف تنظيمية، ووصفية، وتقييمية، وتقويمية، وتكيفية، تساعد الفرد على مواجهة الضغوط والتغلّب عليها. فضلاً

عن ذلك، فالسرور هو سبب في السلوك السوي وغير السوي، ويمكن أن يكون نتيجة لذلك في آن واحد.

وتبعاً لشدة المثير المسبب للسرور، وإدراك الفرد له، يصنّف الأفراد إلى نمط الحساسية الإنفعالية العالية للسرور، ونمط الحساسية الإنفعالية المنخفضة للسرور، أي توجد فروق في الحساسية الإنفعالية للسرور، تترواح في شدتها بين (عالية جداً، عالية، متوسطة، منخفضة، منخفضة جداً) (بني يونس، ٢٠٠٩).

يبدو من خلال الإستعراض السابق، بأن نوع السرور وشدته، تتأثر بحالة إضطراب التصلب اللّويحي المتعدد، حيث من الطبيعي أن يرافق هذا الإضطراب العضوي تغيرات إنفعالية، تتمثل في إنخفاض مستوى الشعور بالسرور، وبالتالي ظهور التشاؤم لدى الشخص المصاب، والتي سيتم التحقق من صحتها في هذه الدراسة (Koch, et .al, 2008).

الحالة الانفعالية الثانية: الحزن (sadness)

على الرغم من انتشار مفهوم الحزن بأشكاله الأسى، والحداد في السينما والموسيقى والأدب، إلا أن القليل من الدراسات السيكولوجية تناولته بالدراسة والتحليل، وأن الحالات المتطرفة منه هي التي نالت اهتمام الباحثين مثل الاكتئاب.

ولا تكاد تخلو خبرة أي شخص من المرور في حالة الحزن، والتي تشير إلى انفعال غير مرغوب فيه والذي يرافق أحداث غير مرغوبة مثل فقدان أو خسارة الأعزاء أو الأشياء الثمينة، أو الفشل في بلوغ هدف معين، والأشخاص العاديين والأصحاء يشيرون إلى أنهم يقضون أيام وهم في حالة انخفاض المعنويات، دون وجود سبب محدد لذلك، وعند الأشخاص الأصحاء فان استمرار حالة الحزن فإنها ترتبط بردود فعل لأحداث أو مواقف مزعجة (كمال، ١٩٨٨).

تشير نظرية الانفعالات الفارقية إلى أن الحزن هو أقل الانفعالات توتراً، وهو يتصف بمشاعر انخفاض المعنويات، والإحباط، والوحدة، والعزلة، والمسببات العامة للحزن هي موجودة في مواقف الحياة اليومية، ولكنه بشكل مخصص يوجد في تلك المواقف التي تتضمن على خسارة، ويبدو الحزن وكأنه له تأثير في خفض نظام عمل الجسم، ويحفز الانعكاسات،

ويعد الحزن انفعال معتاد ويتكرر ويتداخل مع انفعـالات أخـرى مثـل الغـضب، والخـوف، والإحساس بالعار (Pridmore, 2009).

كما وراجعت استيرنز (Stearns, 1993) الحزن من منظور تـاريخي وانتروبيولـوجي، فوجدت أن الحزن في بعض المجتمعات لا ينظر إليه بأنه انفعال سلبي، وكـذلك فـان علمـاء النفس يشيرون إلى أن التفريق مابين الحزن والخوف يأتي من خـلال المـسببات، والحـزن لا يتطلب دائما التوجه للداخل، وتؤكد بان ليس كل ما يظهر من الحزن هو انفعال سلبي (Cheng & Lan, 2000).

ويعد الشعور بالحزن أو عدم السعادة أمراً طبيعياً عند حدوث مشكلة ما أو فقدان شخص مقرب وفي اغلب الأحيان، فان هـذه المـشاعر تـذهب بمـرور الوقـت ويـشعر الـشخص بالتحسن(Koch, et .al, 2008).

ولكن إذا كانت هذه المشاعر مفرطة، أو أثرت في حياة الفـرد اليوميـة لأكثـر مـن أسبوعين، يتوجب هنا زيارة الطبيب وخصوصا فـي حالـة بـروز الأعـراض الآتيـة كمـا ذكر(Koch, et .al, 2008):

- فقدان الاهتمام بالأشياء التي اعتاد عليها الشخص.
- الشعور بعدم الراحة.
- كثرة أو عدم القدرة على النوم.
- الشعور بالتعب طوال الوقت أو الافتقار إلى الطاقة الجسمية.
- زيادة أو فقدان الوزن.
- فقدان الشهية.
- صعوبة في التذكر الو التركيز,
- الشعور باليأس أو الذنب أو فقدان القيمة، أو العجز.

ولا شك ان لحالة الحزن تاثير مباشر على مريض التصلب اللويحي، وذلك لانه غالبا ما يرتبط الحزن بالاحباطات، أو مشاعر الاحساس بالخساره والفقدان، والتي من شـانها ان تولـد الاحساس بالحزن والتشاؤم، وبالتالي فان الحزن بالغالب ما يترافق مع الضغوط النفسية والتـي تشير الادبيات الى ارتباطه بهجمات التصلب اللويحي المتعدد، هذا من جانب، اما الجانب الاخر

فنجد أن حدوث مرض التصلب اللويحي المتعدد وما يرتبط بـه مـن تـداعيات سـلبية علـى المستويات المهنية، والاجتماعية، والجسمية، والصحية، تسهم في تعزيز مشاعر الحـزن لـدى مريض التصلب اللويحي المتعدد، كاحد مظاهر الصدمة التي يعيشها الافراد الذين يقعون فريسة هذا المرض المزمن(Koch, et .al, 2008).

الحالة الانفعالية الثالثة: الخوف (fear)

من بين الانفعالات التي يعيشها الإنسان في حياته يعتبر الخوف واحداً من أكثرها شيوعاً وتثيره مواقف عديدة لا حصر لها، والتي تتباين تبايناً كبيراً في حياة مختلف الأفراد، كما تتنوع شدته من مجرد الحذر إلى الهلع والرعب، ويعتبر الخوف إحدى القوى التي قد تعمل على البناء أو على الهدم في تكوين الشخصية ونموها (الكندري، ٢٠٠٥).

وقد كان العلماء يعتقدون أن الطفل يولد مزوداً بغريزة الخوف، لكن الدراسات الحديثة تشير إلى أن الخوف عند الطفل لا يبدأ قبل الشهر السادس، ولا يكون في هذه السن واضحاً أو محدداً، وأكثر ما يبدو ذلك بتأثير الأصوات العالية، وإضاعة التوازن (الكندري، ٢٠٠٥).

والمخاوف المعقولة جزء طبيعي من الحياة، وكل شخص يتعلم طائفة معينة من المخاوف، وبعض هذه المخاوف تساعد على حفظ الذات مما يدفع الشخص إلى تجنب الأخطار المرتبطة بها، وقد تكون هذه المخاوف أساساً لتعلم أمور جديدة (كالخوف من السيارة المسرعة أو الخوف من بعض الحيوانات المؤذية) (أسعد، ١٩٩٠).

إلا أن المخاوف الشديدة والكثيرة الانتشار والتكرار والتي ترتبط بأنماط سلوكية معينة (كالبكاء والانسحاب والتماس المساعدة...) لا تتفق ولا تتناسق مع السلوك المتزن النشط، وبذلك يمكن أن تكون أكبر عائق يقف في سبيل نموهم الصحي (أسعد، ١٩٩٠).

تعريف الخوف:

هناك تعريفات عديدة للخوف، من بينها:

"الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات، وذلك بتعبئة الإمكانات الفيسيولوجية للكائن الحي" (Ley, 1989).

"الخوف حالة انفعالية طبيعية تشعر بها كل الكائنات الحية في بعض المواقف... فيظهر في أشكال متعددة وبدرجات تتراوح بين مجرد الحذر والهلع والرعب" (Lindsay & Jackson, 1993).

"الخوف هو انفعال قوي غير سار ينتج عن الإحساس بوجود خطرٍ ما وتوقّع حدوثه" (Foa & Kozak, 1999).

نمط الخوف:

يعد الخوف إشارة تهدف إلى الحفاظ على الذات، وذلك بتعبئته الإمكانات الفيسيولوجية للكائن الحي. إذ يبدأ الخوف على صورة نبض في الدماغ فينبه بدوره الأعصاب الودية لتنبه مناطق مختلفة في الجلد وأعضاء مختلفة كالقلب والرئتين والأمعاء لتفرز علامات تدل على الخوف، مثل تعرق راحتي اليدين وخفقات القلب وتسرع النبض والتنفس وجفاف الحلق...الخ. والأعصاب الودية تؤدي عملها بواسطة مادة تسمى الأدرينالين، وهي تُفرز عند نهايات الأعصاب الكائنة في الأعضاء المعينة. وإن الغدتين الأدرناليتين نفسيهما وهما تحت تأثير تنبيه أعصاب الود، تفرزان مادة أدرينالية إضافية في مجرى الدم لتزيد المادة الإضافية هذه من نشاط الأعصاب الودية (Ley, 1989).

فالصورة الكاملة للخوف تنطوي على جميع الأعراض التي يسببها الأدرينالين، وتنتج عنه والتي سبق ذكرها، ولا يشعر الفرد في العادة بما يقوم به الجسم من عمل وما يؤديه من وظائف، ذلك لأن الأعصاب نظيرة الودية تنظّم عمل الأعصاب الودية. وأنه فقط في الحالات غير الاعتيادية مثل حالات / الخوف - القلق - الغضب - الاستثارة / تتحكم الأعصاب الودية بالأعصاب نظيرة الودية فيشعر الفرد بوظيفة بعض الأعضاء (Foa & Kozak, 1999).

أنواع المخاوف:

للخوف نوعان متمايزان كما ورد في لي (Ley, 1989) هما: الخوف الموضوعي والخوف الذاتي.

أ - المخاوف الموضوعية: هي الأكثر شيوعاً بين المخاوف، وهي ناجمة عن سبب يمكن التعرف عليه. ولما كان تحديد مصدر هذه المخاوف ليس عسيراً كان التغلب عليها بسرعة

أمراً ممكناً - كالخوف من الحيوانات والأطباء والبرق والأماكن العالية والنار والجنود والماء في حوض السباحة أو البحر أو الخوف من النار. وهذا النوع من الخوف يحصل نتيجة لتجارب أو خبرات غير سارة حصلت للشخص سابقاً. ويعتبر هذا النوع من الخوف مفيد أحياناً، فهو يدعو إلى الحيطة والحذر من بعض مصادر الخطر أو المواقف التي يلاقيها الشخص في حياته، فمثلاً خوف بعض الاشخاص من الاماكن المرتفعة يجنبه مخاطرها، وخوفه من السيارات أيضاً يمكن أن يجنبه حوادث السير، وهكذا. ولكن إذا زاد عن حده فإنه يمكن أن يصبح خوفاً مرضياً.

ب - الخوف الذاتي : ويكون عاماً وغير محدد وليس واقعياً. وكثير من الأحيان لا يمكن تحديد أسباب هذا النوع من الخوف إلا بعد وقت طويل ودراسة دقيقة. ولعل أهم هذه المخاوف هو الخوف من الموت، والخوف من الظلام. والخوف أيضاً من الغيبيات المجهولة كجهنم والغول والعفاريت والجن وغيرها. فمثلاً تكون الأفكار الغامضة غير المحددة عن الموت أساساً لقدر كبير من القلق العقلي يفوق ما نسلم به عادة. ومن الأمثلة على ذلك رجل في العقد الرابع من العمر كان يعتريه الهم ويقاسي الأسى والجزع لأنه كان يخشى أن يدفن في بطن الأرض حياً، وكان مصدر هذا الخوف قصة سمعها.

ونجد أن انفعال الخوف وما يرتبط به من الاحساس بالتوتر والترقـب، والتعامـل مـع المجهول، غالبا من ينطوي على مواجه ضغوط نفسية لها تاثيرها على تكرار هجمات التـصلب اللويحي المتعدد، فقد اشارت الادبيات بان هناك ارتباط ما بين حدوث القلق والخوف والضغوط النفسية (Bilings, 2000)، والتي بمحصلتها النهائية تتشكل على شكل ضغوط نفسية مقترنـة ومرتبطة بحدوث هجمات التصلب اللويحي المتعدد. كذلك فان حدوث التصلب اللويحي المتعـدد يسهم في خلق جملة مخاوف لدى المريض، وخصوصا وان مصير المرض مجهول، وبالوقـت ذاته فان مرضى التصلب اللويحي المتعدد يواجهون خوفا من تقبل الاخـرين لهـم اجتماعيـا، ومهنيا، وشخصياً.

الحالة الانفعالية الرابعة: الغضب (Anger)

يعد الغضب من أكثر الانفعالات الإنسانية تعقيداً، وهو رد فعل للإحباط إذ أن الغـضب جزء من حياة الإنسان، فهو ميل طبيعي في الإنسان وشعور صحي في نطـاق معـين، ولكنـه

عندما يصبح خارج السيطرة فقد يقود إلى الكثير من المشاكل في مجـال العمـل او العلاقـات الشخصية (Koch, et .al, 2008).

كما ان الغضب من الانفعالات المعقدة والتي تلعب دوراً هاماً في الطريقة التي نتواصل بها مع الاخرين، وهو من اليات التكيف للتعامل مع الاحداث التي تهدد الفرد، او مع المواقـف الضاغطة الو الخسارة او الفقدان (بني يونس، ٢٠٠٩).

لذلك قام عدد من الباحثين بتعريف الغضب، فقد عرف نوفاكو (Novako) الغضب على انه حالة انفعالية تتحدد بوجود اثارة فيسيولوجية وعنصر ادراكي معرفي (بني يونس، ٢٠٠٩).

بينما يعرفه كومير (Cormier) على أنه شعور قوي بعدم الرضا موجهاً نحو شخص ما، أو شيء ما، يؤدي إلى تسبيب الأذى أو الإزعاج للشخص المعني أو إلى أي شخص يهمه امره، وغرضه الحماية من التعرض لمثل هذه الحالة في المستقبل.

اذن، فان الغضب انفعال إنساني يظهر كسلسلة من ردود الأفعـال العقليـة والجـسدية واللفظية استجابة للتهديد المدرك، ويتطلب من (١-٣٠ جزء من الثانية) من لحظة إدراك التهديد إلى لحظة ظهور ردود الأفعال الجسمية والعقلية المتزامنة (deCatanzaro, 1999).

وهناك نوعان من الغضب:

- **الغضب الصحي:** وهو استجابة منطقية للإيذاء النفسي أو الجسدي، كان يتعرض الفرد للضرب فالنتيجة الطبيعية أن يغضب ويثور لمثل ذلك السلوك.

- **الغضب الهدام:** وهو الذي يتدفعه الأفكار والمشاعر السلبية، وهـذا النـوع يتطلـب ضبطه ذاتيا والسيطرة عليه، وهو الذي لا يستند إلى أسباب موضوعية او وقائع منطقية، وكـأن يغضب الفرد لمجرد أنه أحس بانه سيواجه أزمة مالية مثلاً (deCatanzaro, 1999).

أسباب الغضب:

لابد ان يكون لكل سلوك في حياة الفرد أسباب تدفعه سواء كانت تلك الأسباب ماديـة أم معنوية، وللغضب أيضاً أسبابه، فقد أشار إلى أن من اسباب الغضب عند الطفل هو الفشل فـي تحقيق الأهداف والخطط ومن أسبابه الأخرى الفشل فـي تحقيـق التوقعـات أو الأمنيـات أو

الإحساس بالظلم، وفقدان الأمل كالإصابة بمرض أو فقدان شخص عزيز أو ضياع شيء قيم (Hillman & Rosengren & Smith, 2004).

فقد أظهرت دراسة دوغلاس (Douglas, 1998) إلى أن الفرد قد يشعر بالغضب عند سحب حريته أو الحد منها أو عند تغيير مخططاته فجأة. وهناك اسباباً للغضب تتعلق بالفرد نفسه، فقد يكون لشعور الفرد بالغضب من اجل التأكيد على السلطة والاستقلالية والرغبة في الانتقام (Hillman & Rosengren & Smith, 2004).

وقد يكون الاشخاص الاخرين هم الذين يسببون الغضب للفرد، فالاصدقاء والمعارف والمقربون قد يكونوا مصدراً للغضب لدى الفرد، حيث انهم قد يقوموا باهماله او توجيه الاهانة له، او الاستخفاف به واشعاره بانه اقل منهم قوة، ويفرضون سيطرتهم عليه (Hillman & Rosengren & Smith, 2004).

مظاهر الغضب:

يدل الغضب على حالة التهيج والاضطراب الحاد، يصيب الفرد كله بسبب مؤثر معين ويصبح نشاط الفرد كله موجهاً حول موضوع الغضب ويقول كارلسون (Carlson, 2004) أن الغضب يتصف بالمظاهر العامة الآتية:

- أن الغضب حالة تغير مفاجئ تشمل الفرد كله، ولا يختص بها جزء معين من الجسم.
- أن الغضب يحدث تغييراً في سلوك الفرد، كما يحدث تغيرات داخلية في الجسم.
- أن للغضب مظهراً خارجياً تعبيراً يمكن ملاحظته.
- يصاحب الغضب تغيرات جسمية، كتغير ملامح الوجه، وهيئة البدن، ونبرة الصوت.

أما عن علاقة مريض التصلب اللويحي بالغضب، فقد يشعر مريض التصلب اللويحي المتعدد بالغضب عندما يشعر بعدم الأمان والاستقرار في المحيط العائلي والاجتماعي أو نتيجة للخلافات الأسرية، حيث أن الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد يعبرون عن مشاعر الغضب لافتقارهم إلى الأجواء العائلية المناسبة والانسجام، وأن الأشخاص المصابين بالتصلب

اللويحي المتعدد والقادرين على ضبط مشاعر الغضب والسيطرة عليها هم ضمن عائلات داعمه ومتماسكه (Boggild, 2006).

٣- الضغط النفسي

بينما يرتبط الضغط النفسي بمدى واسع من الاضطرابات النفسية والجسدية، فإن مصادر المواجهة (Coping Resources) تعد بمثابة عوامل تعويضية تساعدنا على الاحتفـاظ بالـصحة النفسية والجسدية معاً بشرط أن يعي الفرد كيفية التحمل، وما هـي الاسـتراتيجيات الملائمـة لمعالجة موقف ما (Martin, Poon, & Fulks, 1992). فالمواقف الضاغطة عمومـاً إذا تـضمنت تحقيق مطالب في حدود إمكانات الإنسان وقدراته، فإنّها تساعد على تحقيق التوافق، أما إذا كانت المواقف الضاغطة تفوق قدرات الفرد فإنّها تؤدي به إلى الشعور بالقلق، والاكتئاب، والـضغط النفسي، وهذا ما أكّدته دراسة؛ ياسين (١٩٩١). ويؤكّـد لازاروس (Lazarus, 1986) علـى أن الضغوط النفسية لها أهمية خاصة في عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها بداية في حل مواقف المشكلات البسيطة إلى المواقف المعقدة.

وفيما يتعلق بتعريف الضغط النفسي، يعرف كولمان (Endler, 1990) الضغط النفـسي (Stress) على أساس أنّه متطلب تكيفي ينتج عن مواقف وردود أفعال لأوضاع فيها إمكانية لأذى الفرد. ويمكن القول بأن الضغط النفسي يشير إلى متطلبات تكيفية يجب أن يتعامل معها الفرد إذا رغب أن يشبع حاجاته المختلفة. أما مايرز (Myers, 1996) فيعرف الضغط النفسي علـى أنّـه العملية التي يتم من خلالها تقييم وتفسير الأحداث البيئية على أنهـا مهـددة، أو تحمـل تحـدياً للعضوية، وتحديد كيفية التعامل والتكيف مع هذه الأحداث.

لقد ظهرت اتجاهات عديدة لتفسير الضغوط، لعل من أبرزهـا: الاتجـاه الأول الـذي يعتبرها كمثير، والثاني الذي يعتبرها كاستجابة لأحداث مهددة، بينما الثالـث ويـدعى الاتجـاه التفاعلي بين المثير والاستجابة (Transactional Approach) (حسين، ٢٠٠٦).

كما ظهرت بعض النماذج النظرية التي تمثل الاتجاهات السالفة الذكر، تناولـت تفـسير الضغوط، وهي: نموذج الضغوط كمثير، ونموذج الضغوط كاستجابة، ونموذج الضغوط كتفاعل بين الفرد والبيئة، ونموذج أندلر (Endler, 1990) المشابه للنمـوذج الثالـث، ونمـوذج العجـز المكتسب (Learned Helplessness)، والذي استخدمه سيلجمان (Seligman) للإشارة إلى تكـرار

تعرض الفرد للضغوط إذا تزامن مع اعتقاده بعدم قدرته على مواجهتها، فإن هذا من شـأنه أن يجعله يشعر بالعجز في التغلب عليها (Bilings et al, 2000).

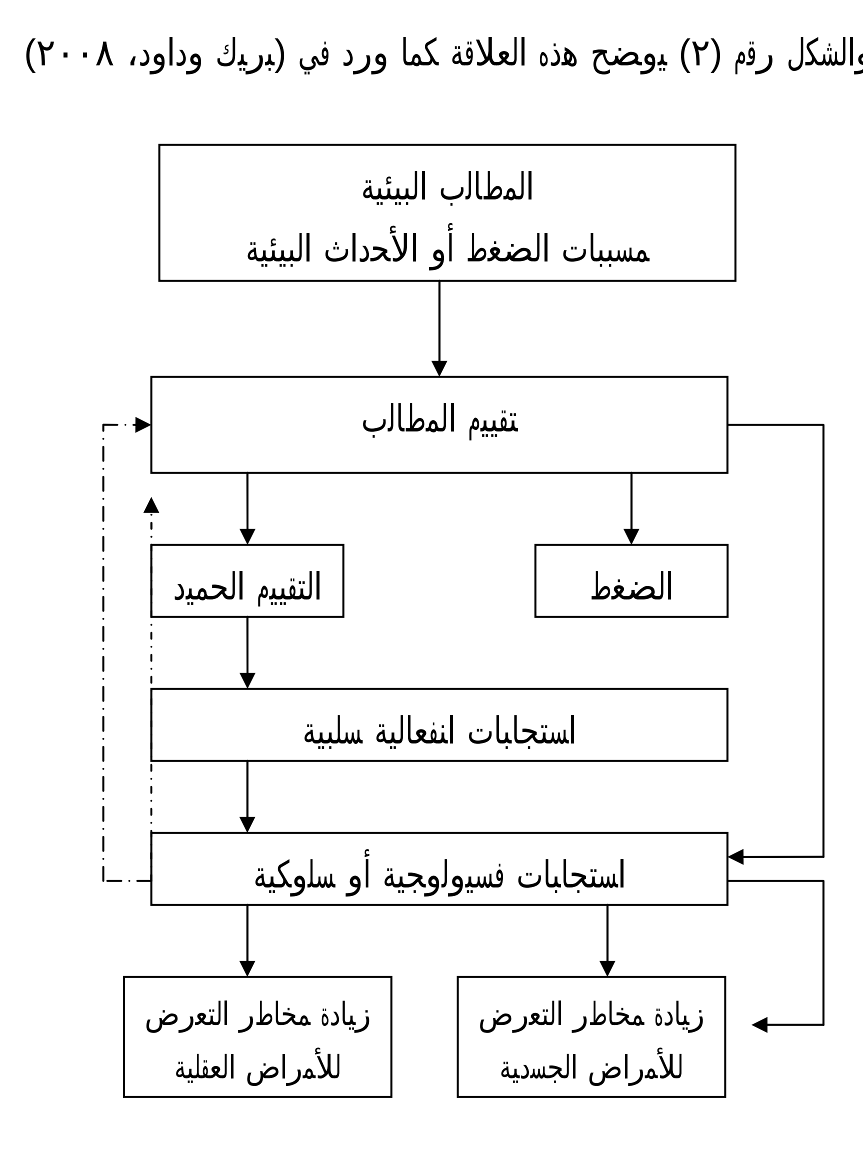
اقترح سيلي (Selye) المذكور في (بريك وداود، ٢٠٠٨) نموذجاً أسماه متلازمة التكيف العام (General Adaptation Syndrome) والذي يتضمن ثلاث مراحل مـن اسـتجابة الأفـراد للضغوط النفسية.

١. **مرحلة التنبيه**: وفيها يجهز الجسم نفسه للتفاعل مع مصدر الضغط للمواجهة والهـرب، وذلك بإفراز هرمونات الأدرنالين من الغدد الصماء، يترتب عليها زيادة سرعة ضربات القلب، زيادة في معدل التنفس، وتوتر العضلات.
٢. **مرحلة المقاومة**: وفيها يحاول الفرد الدفاع عن نفسه تجاه مصدر التهديد بكل ما يملـك من طاقة نفسية وجسمية. وفي هذه المرحلة يشعر الفرد بالتعب والقلق ويحاول مقاومـة مسببات الضغط، فإذا استطاع النجاح والتغلب على المشكلة فإن أغراض الضغط تزول. وإذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط تظهر بعض الأمراض: قرحة المعدة، ارتفاع الضغط، وإذا استمر يعاني منها لفترة طويلة فإنّه ينتقل إلى المرحلة الثالثة.
٣. **مرحلة الإنهاك:** إذا لم يستطع الفرد التغلب على مسببات الضغط في المرحلة الثانية، فإن طاقة الفرد تستنزف ويصبح عرضة لمشكلات سوء التوافق والإصابة بالأمراض.

يتضح مما سبق أن التعرض للضغط النفسي يسبب اعتلالات نفسية واعتلالات عضوية تسمى بالأمراض النفسجسدية (Psychosomatic Diseases). ويجـدر بالـذكر أن سـبب هـذه الأمراض العضوية لا يقتصر على أسباب نفسية بل قد تحدث لأسباب عضوية بحتة. وقد يتزامن السبب النفسي مع القابلية الجسمية، ويتآزران في مضاعفة الاضطراب العـضوي، بمعنـى أن بعض الأمراض العضوية تتأزم في ظل وجود مشاكل وضغوط نفسية (Endler, 1990).

لا شك أن العلاقة واضحة وطردية بين حدوث الـضغط النفـسي وحـدوث المـرض العضوي، إذ إنه كلما ارتفع الضغط النفسي زادت احتمالية الإصابة بالأمراض العضوية. وبمـا أن الضغط النفسي هو نوع من الانفعالات الدائمة، فإن وجوده يؤدي إلى زيادة مستمرة في نشاط الجهاز العصبي (Endler, 1990).

والشكل رقم (٢) يوضح هذه العلاقة كما ورد في (بريك وداود، ٢٠٠٨)



الشكل ٢. العلاقة بين الضغط وحدوث الأمراض الجسمية والعقلية

ولهذا فالضغوط النفسية بمثابة مثيرات مسببة للاضطرابات النفسجسمية، والاضطرابات النفسية أيضاً، بما فيها القلق والاكتئاب. فاستمرارها، وعجز الفرد عن مواجهتها والتغلب عليها، يؤدي إلى ظهور القلق والاكتئاب لدى الفرد، والتي بدورها تقلل من فـرص تماثـل المـصاب بالاضطرابات العصبية للشفاء وإعادة تأهيله (Holahan, 1994).

مصادر الضغوط النفسية:

تزخر البيئة التي نعيش بها في العديد من مصادر الضغوط، والتي تنبع عـن مـصادر مختلفة، حيث يعد جزء منها الى الانسان نفسه، في حين يعد جزء أخر منها الى البيئة الماديـة ولاجتماعية، فقد تكون تلك الضغوط في البيت، او في المصنع، او في الشارع، او في العمل، أو

في المدرسة، أو في المكتب، واي كان مصدر الضغوط فان نتائجهـا تمـس الحيـاه النفـسية للانسان، وتستنزف جزء من طاقاته، ويمكن ان تنحصر المسببات والعوامل المؤدية الى الضغط التي يواجه الانسان في نوعين رئيسيين من المصادر كما ورد في (دخان، ٢٠٠٦) هما:

- **المصادر الداخلية.**

فالمصادر الداخلية تتمثل في ذاتية الفرد، أو التكوين النفسي له مثـل نمـط الشخـصية والانفعالات العاطفية، والأمراض والآلام، والدوافع والاتجاهات، كما قد ترجع إلى طريقة إدراك الفرد للظروف من حوله؛ فالشخصية ككيان منطو على سمات وراثية وأخرى مكتسبة تشكل في مجموعها الإطار المرجعي الذي يؤثر في سلوك الفرد في المواقف المختلفة.

- **المصادر الخارجية.**

تتمثل في الضغوط الأسرية مثل العبء الأسري الزائد، وعدم التوافـق النفـسي بـين الزوجين، ومشاكل الأطفال وغيرها، كما تتمثل في الضغوط البيئية التي تتسبب في إحداث القلق والتوتر والاكتئاب، وتؤدي إلى مزيد من الضغوط مثل: الأخبار الحزينة والـسيئة والكـوارث، ومن المصادر الخارجية ضغوط العمل التي تختلف باختلاف المهن.

ويمكن أيضا تقسيم مصدر الضغوط النفسية حسب علاقات الفرد من وجهة نظر سبيك (Speck, 1993) إلى:

١ ـ التأثيرات الثنائية

والتي تعتمد على العلاقة الثنائية بين فرد وفردٍ آخر، وذلك من حيث التـأثيرات التـي تتركها هذه العلاقة عند تعامل الطرفين مع بعضهما البعض. ومن أمثلة ذلك تلك العلاقة الخاصة بين الزوج والزوجة داخل المحيط العائلي، أو بين المستخدم ورب العمل في ميدان العمل وكذلك بين الطالب والأستاذ في الحقل الأكاديمي.

٢ ـ التاثيرات الجماعية

وهي التي تعتمد على حجم التاثيرات التي تتركها العلاقة بين الفرد الواحد كطرف وحيد وبين مجموعة الاطراف البشرية التي تؤثر فيه ومن امثلة ذلك خضوع الفرد إلى رأي الاغلبيـة التي تتوحد في رايها خلافا لرايه أو موقفه وعلى مختلف الأصعدة.

وعند النظر إلى العلاقة التي تربط الفرد بمجتمعه فإنه يمكن لنـا حينئـذٍ مـن ترتيـب مناشيء مصادر الضغط النفسي بطريقـة اخـرى اكثـر شـمولية وواقعيـة كمـا ورد فـي (Duru & Poyrazl, 2007) وهي كما يلي:

١ ـ المصادر الاجتماعية للضغوط.

والتي تنقسم بدورها وحسب تعدد العلاقات الاجتماعية ذاتها إلى علاقات إجتماعيـة ذات شبكة عنكبوتية واسعة ومتعددة الاطراف والمصالح، واخرى ذات علاقات اجتماعيـة محـدودة وبسيطة.

وبالتاكيد فان هذا التقسيم يعتمد على الوضع الاجتماعي للفرد، من حيـث كونـه مـثلا متزوجا أو غير متزوج، وأيضا عدد الاطفال ان كان متزوجا من حيث ترتيب متطلبات التكامل والتكافل العائلي، وكذلك الوضع البيئي والأسري العام والخاص الذي يعيش في ظله الفرد.

وننطلق من هذه الوحدة الأسرية الصغيرة إلى ميدان العمل لكي نبحث اولاً فيما اذا كان الفرد المعني بالضغوط النفسية عاملاً في مؤسسةٍ ما، وما هي حقيقة الضغوطات المهنية التـي يتعرض لها داخل ميدان العمل. ثم تتوسع الدائرة لتشمل طبيعة علاقات الفرد مع كافة العناصر البشرية الاخرى في المجتمع، وماهية تأثيراتها الاجتماعية عليه حتى نصل إلى حجم التـاثيرات العقائدية والفكرية.

وبالتاكيد فإن كل هذه المتغيرات ضمن العامل الاجتماعي لابد وان تتـرك ردود افعـال معينة على شكل ضغوط نفسية لدى الفرد وإن اختلفت مصادرها وتباينت تاثيراتها.

٢ ـ المصادر الاقتصادية للضغوط.

ولابد ان يدور الحديث هنا عن تلك العلاقة الحسابية بين متوسط دخل الفرد ومستوى الأسعار السائدة في بلدٍ ما. ان مقدار قابلية الفرد على شراء السلع والخدمات الضرورية لتحقيق اكتفاءه الذاتي من متطلبات تَهم الوحدة العائلية، لابد وان تنعكس على شكل مجموعة من الضغوطات النفسية من حيث مستوى تفكير الفرد بكيفية المواصلة على تحقيق الأمن الغذائي لاسرته.

ومن هنا نجد ان الافراد الذين يعيشون في دولٍ ذات مداخيل قومية عالية مع توفر عامل التوزيع العادل للثروة يعانون من ضغوط نفسية اقل بكثير جداً وتكاد لا تذكر مقارنة بالدول ذات التوزيع السيء للثروة أو الدول الفقيرة.

وحتى في الدول الاوربية فإن مستوى الضغوط النفسية يرتفع بالتاكيد لدى الدول التي لا تتوفر فيها نظم الاعانة الاجتماعية (الطبية والمدرسية وغيرها) عن تلك الدول التي يتوفر فيها مثل هذا النظم الاجتماعية السليمة.

٣ ـ المصادر السياسية للضغوط.

وتلعب سياسة البلد الداخلية والخارجية دورا رئيسيا في تحديد الكثير من ملامح حجم وكذلك نوعية الضغوط النفسية التي يتعرض لها الافراد في مجتمعاتهم.

وبتقدير الكثير من العلماء والمختصين فإن هذا العامل يعتبر من اقوى واخطر العوامل ذات التاثير المباشر على المستوى الذهني والفكري للفرد من حيث حجم الضغوط النفسية التي يمكن ان يتعرض لها بسبب أي إختلال في هذا العامل.

ويعود السبب هنا إلى الفرق الواضح في مساحة الحرية على الحركة والانتقال التي يتمتع بها الفرد في ظل أي اختلال بالعوامل الأخرى، وإمكانية الفرد بالتالي على الخروج من حالة الضغط النفسي ولو بشكلٍ مؤقت عند تبديله لمجتمعه بشكلٍ كامل، أو تحقيق عملية انتقال بسيطة إلى خارج حدود المؤثرات، ولا يتمتع الفرد بنفس الحرية هنا لكونه مقيد نوعاً ما من حيث اتخاذ القرار.

٤ ـ المصادر العقائدية والفكرية للضغوط.

ليس من السهولة بمكان ان لم يكن من المستحيل على الفرد أن يعمل على تغيير ايمانـه العقائدي أو الديني أو إستبدال معتقداته الفكرية والثقافية.

ويعتبر هذا الانحياز الفكري والعقائدي، الهوية الحقيقية للفـرد فـي اي مجتمـع مـن المجتمعات. وبسبب هذه الأفكار والمعتقدات فإن الفرد عادةً ما يتعـرض إلـى مجموعـة مـن الضغوطات المعاكسة في سبيل حمله على تغيير ايمانه الفكري والثقافي بما يتماشى والـسياسة العامة للسلطة المركزية. ان حالة التقاطع بين تمسك الفرد بما هو عليه من أفكـار ومعتقـدات وبين تسلط المؤسسات المركزية في حمله على تغيير أفكاره إنما تنعكس فيما بعد علـى شـكل سلسلة من الضغوطات النفسية ذات التأثيرات المتباينة على طبيعة علاقة الفرد بذاته وبمجتمعه.

وأي كان مصدر الضغط النفسي فانه يؤدي الى اختلال العلاقة وخلق حالة مـن عـدم التوزان بين الافراد مع بعضهم البعض أو بين الافراد ومجتمعاتهم والتي تؤدي فيما بعـد إلـى مجموعة المظاهر المتعددة من الضغط النفسي، وإلى مجموعة من النتائج السلبية التي تـصيب الفرد والمجتمع معاً. والتي تؤدي أيضا إلى انحسار تام في قوى الإبداع على كافة الأصعدة مـع تعطيل كامل لعملية الخلق والبناء بسبب غياب حضارية الحوار واحترام الرأي الآخر وخصوصاً حينما تلعب فردية القرار والتزمت بالرأي الواحد دورا كبيرا في هذا الأمر (السيد، ٢٠٠٨).

ومرض التصلب اللويحي كغيره من اشكال الامراض المزمنة والتي تخلق خـصوصية ومحدودية لدى الشخص المصاب به، فالمهنة، والعلاقات، والطاقة، والنشاط والحركة، والتفكير، كلها تتاثر ووتتغير في ايقاعها وديناميتها نتيجة للاصابة بالمرض، لذا فـان مـريض التـصلب اللويحي الى جانب مكابدته لاعراض المرض العصبية، فان هناك جملة من مصادر الـضغوط التي تنشأ نتيجة للاصابة في المرض، وتؤثر على مستويات الفاعلية والكفاءة لمريض التـصلب اللويحي (Multiple Sclerosis, 2001).

يرى العديد من المرضى بالتصلب اللويحي بأن الضغط النفسي يزيد أعراض التـصلب اللويحي سوءا، ويتعرضون لمزيد من الأعراض في الأوقات التي يزيد مقدار التصلب اللويحي، وعندما تنفرج الأمور ويزول الضغط النفسي يشعرون بأن هذه الأعراض أقل حدة، ويمكن فهـم هذا في ضوء النظر إلى الضغط النفسي وطرق التكيف معه. خلال فترات الضغط النفسي يحتاج

المريض إلى تسخير طاقته للتفكير وحل المشكلات وفي الوقت ذاته التعامل مع الحياة اليوميـة، وهنا يبذل المريض طاقته في التعامل مع هذه الضغوطات فلا يتبقى منها شيء لمواجهة المرض ويشعر بأن أعراض التصلب اللويحي أشد حدة (Koch, et .al, 2008).

وعن علاقة مرض التصلب اللويحي المتعدد بالضغوط النفسية فقد بينت الدراسات الطبية الحديثة لا سيما المنشورة بعد عام (٢٠٠٠) أن هنالك علاقة واضـحة بـين الاصـابة بمـرض التصلب اللويحي المتعدد وبين الـضغط النفـسي (Mohr & Hart & Darcy, 2004) ودراسـة نشرتها جامعة هارفارد عام (٢٠٠٢) بعنوان "أثر الضغط النفـسي علـى الأمـراض العـصبية والعقلية" بأن هناك علاقة بين الضغوطات النفسية وأمراض مزمنـة مثـل التـصلب اللـويحي المتعدد(Esch, Stefano, Fricchione, Benson, 2002).

يشعر الكثير من المرضى المصابين بالتصلب اللويحي أن هنالك علاقـة حقيقيـة بـين التصلب اللويحي المتعدد والضغط النفسي، اذا اشارت الدراسات النوعية في هـذا المجـال ان الافراد المصابون بالتصلب اللويحي المتعدد قد ذكروا انهم تعرضوا الى الكثير من الـضغوطات النفسية وكانوا غير قادرين على مواجهة الضغوط او التكيف معها (Koch, et .al, 2008).

ومما لا شك فيه أن المرضى المصابين بالتصلب اللويحي يواجهون ضغوطات نفـسية متزايدة وعديدة مثل عدم معرفة المستقبل والقلق من النوبة (الهجمة) التالية أو التطـور التـالي للمرض، واحتمالية حصول تغييرات إدراكية مثل النسيان وعدم القدرة على التركيز. وإذا شـعر مريض التصلب اللويحي بالضغوطات النفسية فقد يعني هذا إحساسه بالوهن والضعف ذلـك أن المزيد من طاقة هذا المريض لازمة من أجل التفكير وحل المشكلات والتعامل مـع صـعوبات الحياة اليومية، وقد يزداد الضغط النفسي عندما يجد المريض أن الآخرين لا يتفهمون المـرض ولا الوهن الذي يصاحبه. نلاحظ أن الوهن والضغوط النفسية تؤثران على بعضها البعض ممـا ينتج عنها حلقة مفرغة يعيشها المريض، ولا بد أن تجنب أو القضاء على الضغوطات النفـسية مهمة مستحيلة لذا فإن الأسلوب الأفضل هو إدارته بالطريقة المثلى والأكثر فاعليـة (Multiple Sclerosis, 2001).

تتسبب الأمراض المزمنة بحصول ضغوطات نفسية على المريض، ولا يعـد مـرض التصلب اللويحي بدعا في ذلك، وهنالك في مرض التصلب اللويحي العديد من المواقـف التـي تتسبب في شعور المريض بالضغوط النفسية، منها ما هو قبل تشخيص المرض فالمريض غير

متيقن مما هو مصاب به، ومنها ما هو متعلق بطبيعة مرض التصلب اللويحي ذلك أنه مرض لا يمكن التنبؤ به، وثالثا خفاء أعراض التصلب اللويحي والجديدة في معظمها والتي يمكن أن يكون للآخرين ردود أفعال حيالها أسرع من قدرة المريض على التأقلم معها، والحاجة إلى التكيف والتأقلم للقدرات التي اختلفت لدى المريض. ومن ضمن الضغوطات التي يشعر بها المريض الضغوطات المالية والمخاوف التي تتعلق بالوظيفة، والضغط النفسي المتعلق باحتمالية أو إصابة المريض بإعاقات إدراكية وفقدان السيطرة (تعطيل في وظيفة المثانة)، والحاجة إلى اتخاذ قرارات بشأن العلاجات المكيفة المعدلة على المرض والتأقلم مع العلاج المقرر (Kulakowska, Drozdowski, Halicka, 2001).

يحتمل أن يكون هنالك علاقة بين الضغط النفسي وهجمة مرض التصلب اللويحي، ولكن الدراسات التي أجريت لا تبين هذه العلاقة على أسس قوية، فهل يمكن لحادث ضاغط أن يؤدي إلى تلف في الدماغ أو زيادة في الضغوطات النفسية الواقعة على المريض؟ لا زالت هذه الصلة تحتاج إلى المزيد من الدراسات تجيب عن هذه التساؤلات وغيرها حول علاقة الضغط النفسي بالتصلب اللويحي (Kulakowska, Drozdowski, Halicka, 2001).

إلى عهد قريب كان يعتقد بأن التغييرات الإدراكية نادرة في التصلب اللويحي المتعدد، واليوم يرتبط التصلب اللويحي المتعدد بالتغييرات الإدراكية والتي تظهر في ما يقارب نصف مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وكما هو حاصل في الأعراض الأخرى للتصلب اللويحي فإن نوع ودرجة المشاكل الإدراكية تتنوع بشكل كبير من شخص لآخر، والكثير من هذه التغييرات في حدها الأدنى، حيث يصاب حوالي ١٠% من مرضى التصلب اللويحي بمشاكل حادة في الإدراك، ويجدر بالذكر أن مشاكل الإدراك هذه ناتجة عن الأماكن التالفة من الدماغ وليس بسبب الضغط النفسي أوالاكتئاب أو العلاج أو الإرهاق، ولكنها تتأثر بهذه الأخيرة جميعاً، ويمكن أن يتسبب المشاكل الإدراكية مثل النسيان وعدم التركيز في الضغوطات النفسية، كما أن فقدان القدرة على الحركة أو الخوف من فقدان الحركة يمكن أن يتسبب في الضغوطات النفسية أيضاً (Foley & Sarnoff, .2007).

رابعاً: الاكتئاب

أ. الاضطرابات الاكتئابية (Depressive Disorders):

يعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية انتشاراً بعد القلق، حيث تشكل نسبة الاكتئاب مع القلق أعلى نسبة بين زوار العيادات النفسية في المستشفيات والمصحات النفسية، ومراكز العلاج النفسي في الجامعات ومؤسسات الصحة النفسية (إبراهيم، ١٩٩٨).

ويعد الاكتئاب من أكثر اضطرابات المزاج (Mood Disorders) شيوعاً، وهو بمثابة الأرضية الواهنة العامة للاضطرابات النفسية، حيث يبدو أن المجتمع الإنساني انتقل من "عصر القلق" (Age of Anxiety) إلى "عقد الاكتئاب" (Decade of Depression) (Holmes, 1994).

لقد ظهرت تعريفات عديدة لمفهوم الاكتئاب، ويعزى تعدد التعريفات وتنوعها إلى اختلاف الخلفيات النظرية لدى علماء النفس، حيث أخذ كل واحد منهم يعرفه من إطار النظرية التي يتبناها.

وفي ضوء المعاني المختلفة للاكتئاب، يحدد بعض الباحثين مفهوم "الاكتئاب" على أنه يشير إلى مركب من الأعراض (Symptom Complex) أو "زملة اكتئابية" يشمل تغيرات في الوجدان والمعرفة والسلوك (Affect, Cognition & Behavior) (Rippere, 1994).

ووفقاً للرابطة الأمريكية للطب النفسي (١٩٩٤) يشير مفهوم الاكتئاب في حالة استخدامه لوصف المزاج إلى الحزن، واليأس، ووهن العزيمة. وهنا قد يكون حالة من الشعور العادي، وتعد المظاهر الصريحة له متباينة بشكل كبير، وقد تكون متأثرة بنوعية الثقافة. علاوةً على ذلك، قد يكون الاكتئاب عرضاً يلاحظ في العديد من الاضطرابات الجسمية والنفسية، أو زملة من الأعراض المتلازمة تظهر كأعراض ثانوية لاضطراب يكمن وراءها، أو قد يكون اضطراباً نفسياً نوعياً (Rippere, 1994).

يعرف الاضطراب الاكتئابي الأساسي في الأنظمة التصنيفية الأخرى بتسميات عديدة، من بينها: الاكتئاب الأساسي، واضطراب الهوس، والاكتئاب، ونوبة اكتئابية. ويحدث هذا الاضطراب لدى الفرد الذي لا توجد لديه على الإطلاق نوبة هوس، ويبدو عليه مجموعة من الأعراض منها:

- انخفاض كبير في طابعه المزاجي.
- فقدان الاهتمامات أو المسرات في النشاطات اليومية.
- حدوث تغيرات جوهرية في الوزن أو الشهية للطعام.
- الأرق أو كثرة النوم.
- الاهتياج أو التأخر النفسي الحركي.
- التعب أو افتقاد الطاقة والجهد.
- مشاعر الضآلة أو التحقير.
- الشعور المفرط أو غير الملائم بالذنب.
- تناقص القدرة على التفكير أو التركيز.
- التردد وعدم الحسم.
- توافر أفكار معاودة عن الموت أو الانتحار.
- ظهور نوبة أحادية فقط للاكتئاب لدى بعض المرضى، وظهور نوبات معاودة للاكتئاب لدى آخرين (Edgerfon, et al., 1994).

أما اضطراب المزاج المكتئب المزمن يتصف بزملة من الأعراض منها:

- التطور المزمن، أي نادراً ما يكون من دون أعراض.
- انخفاض كبير في مزاج الفرد وطابعه المزاجي.
- عدم الكفاية أو عدم الملاءمة.
- فقدان تقدير الذات.
- اليأس أو انعدام الأمل والرجاء.
- الشعور بالذنب أو فرط التفكير إزاء الأحداث الماضية أو الإشفاق على الذات.
- انخفاض الجهد والتعب المزمن.
- تناقص الكلام أو النشاط كما هو معتاد.
- ضعف التركيز وعدم الحسم.
- انعدام القدرة على الاستمتاع بالنشاطات الباعثة على السرور والبهجة (Fauman, 1994).

وهناك عدة مظاهر لزملة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب، التي تمثل الأعراض الأكثر شيوعاً وتميزاً له، وهي لا تحدث كلها دائماً معاً (Holmes, 1994)، والجدول رقم (١) يبين ذلك.

الجدول ١. مظاهر زملة الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب

أولاً: مظاهر زملة الأعراض المزاجية (الوجدانية)	ثانياً: مظاهر زملة الأعراض المعرفية	ثالثاً: مظاهر زملة الأعراض الجسمية	رابعاً: مظاهر زملة الأعراض السلوكية
١. المزاج المعتم (Dejected Mood.)	١. انخفاض تقدير الذات (Low Self-Esteem)	١. اضطرابات النوم (Disturbance of Sleep)	١. السلوك النكوصي (Regressive Behavior)
٢. مشاعر سالبة نحو الذات (Negative Feeling Toward Self)	٢. التوقعات السالبة أو التشاؤم (Negative Expectation or Pessimism)	٢. اضطرابات الأكل (Disturbance of Eating)	٢. التأخر أو التعوق النفسي الحركي (Psychornotor Relatardation)
٣. فقدان الشعور بالرضا أو الابتهاج (Loss of Gratification)	٣. كثرة لوم الذات ونقد الذات (Self Blame & Self Criticism)	٣. فقدان الطاقة النفسية (الجنسية) (Loss of Libido)	٣. الاهتياج النفسي الحركي (Psychomotor Agitation)
٤. فقدان التعلق الانفعالي (Loss of Emotional Attachment)	٤. التردد وعدم الحسم (Indecisiveness)	٤. سرعة التعب (Fatigability)	٤. السلوك الانسحابي (Withdrawal Behavior)
٥. نوبات البكاء (Crying Spells)	٥. تشوه صورة الجسم (Distortion of Body Image)		٥. الاعتمادية (Dependency)
٦. فقدان الإحساس بالمرح والفكاهه (Loss of Sense of Humor)	٦. المبالغة في تقدير المشكلات.		٦. الانتحار (Suicide)
٧. شلل الإرادة (Paralysis of the Will)	٧. بطء عمليات التفكير (Slowed Thought Processes)		
	٨. صعوبات في الذاكرة وتركيز الانتباه.		

وبفضل تضافر جهود الباحثين والاختصاصيين الإكلينيكيين توفرت ثروة من النظريات والنماذج التفسيرية للاكتئاب والتي أكدت في مجملها على أن الاكتئاب يعزى إلى العديد من العوامل (Faraone, Kemen & Tsuang, 1990; Bemporad, 1988).

وتعد العلاقة بين التصلب اللويحي المتعدد والاكتئاب علاقة معقدة حيث يهيج كل منهـا الآخر، كما أن للإكتئاب أعراضا تشبه أعراض التـصلب الا ـويحي، ممـا يجعـل حـسم أي الاضطرابين هو الملام، التصلب اللويحي أم الاكتئاب. على سـبيل المثـال يتـسبب التـصلب اللويحي بخلل في النوم نحو الزيادة أو النقصان، كما يتسبب في الارتبـاك وصـعوبة اتخـاذ القرار، كما ينتج عنه الإرهاق والوهن الذي يعوق المرء عن أداء أبسط الأمور، وربما يـشعر المريض بالذنب لأنه لا يتمكن من إكمال المهمة الموكلة إليه في العمل أو العيش لإيفاء الوعود، ومجموع هذه الأعراض معا تحول دون فعل ما نحب أن نفعله خاصة فـي مجـال النـشاطات الجسدية والرياضة. وبسبب هذه الأعراض المشابهة للإكتئاب، قد يخطئ المرء فـي تـشخيص المرض ويظن أنه مصاب بمجرد إكتئاب، بالمقابل نجد أن العديـد مـن المرضـى المـصابين بالتصلب اللويحي مصابون بالإكتئاب فعلاً (Kulakowska, Drozdowski, Halicka, 2001).

يمكن أن ينتج الاكتئاب المصاحب للتصلب اللويحي المتعدد عن عدة أسباب منفـصلة أو مجتمعة، منها الاكتئاب الناتج عن ردة الفعل (الاكتئاب الموقفي) وهو الذي يصاب به المـريض لدى تشخيصه بمرض التصلب اللويحي وكذلك المرافق لأعراضه مثل الحـد مـن الحركـة أو التسبب في عدم الراحة، كما يمكن أن يتأتى عن ردود فعل الاسرة أو الأصـدقاء، وقـد يكـون الاكتئاب ناتجا عن عدم معرفة ما سيحصل في الأيام المقبلة والتساؤل عن مستقبل آثار المرض على الحياة، والخطة المستقبلية التي أعدها المريض لنفسه. أما السبب الثـاني فهـو الاكتئـاب العضوي والناتج عن تصلب طبقى المايلين في المناطق الرئيسية من الدماغ،اما السبب الثالـث يمكن أن يكون وراثيا مثل إصابة أفراد العائلة بالاكتئاب وليس له علاقة بالتصلب اللويحي أبداً، فقد قدر الأطباء أن ١٥% من مجموع المرضى المصابين بالتصلب اللويحي سوف يعانون مـن نوبة اكتئاب واحدة على الاقل في حياتهم. أما السبب الرابع فهو الأعراض الجانبية المـصاحبة للعقاقير والأدوية التي يتناولها المريض من أجل السيطرة على التصلب اللويحي مثل بيتاسيرون Betaseron، وأفونيكس Avonex، وأدوية أخرى مثل السترويدات التي يمكن أن تسبب نوبات من النشاط الزائد المتبوعة بفترات انحطاط واكتئاب.

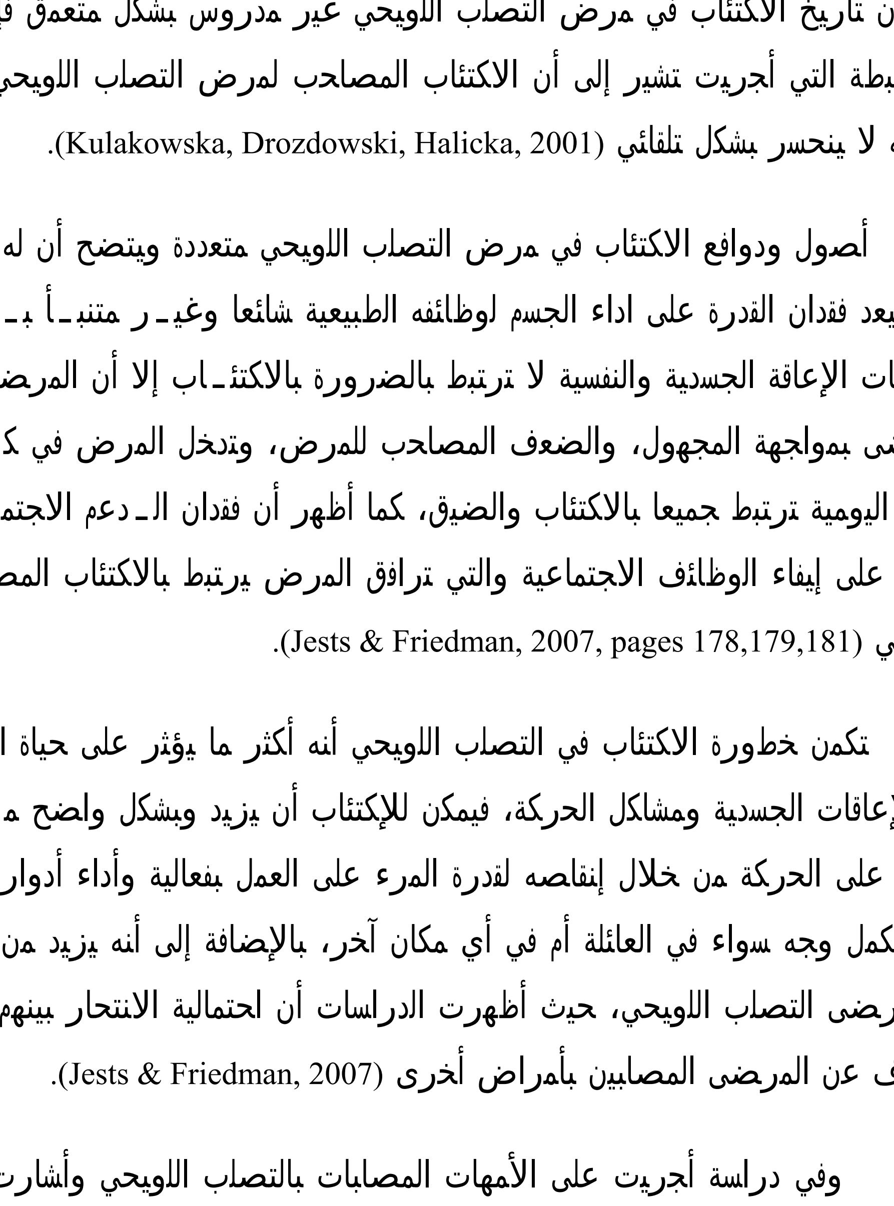
ويرى الاطباء أن ٥٠% من مرضى التصلب اللويحي المتعدد تظهر علـيهم أعـراض رئيسية أو ثانوية من أعراض الاكتئاب في فترة من فترات حياتهم، وأن ١٤% مـنهم يـصابون فعلا باكتئاب في فترة ما من فترات حياتهم. تكمن خطورة الاكتئاب بأنه قد يؤدي إلى الانتحار،

وتظهر الدراسات أن المرضى المصابين بالتصلب اللويحي تزيد نسبة الانتحار لـديهم بحـوالي ٧,٥% من مرضى الاكتئاب بشكل عام (Stachowiak, 2008).

وتشير الدراسات إلى إن الاكتئاب يزيد من شدة المرض، اد تقترح بعض البيانات أنـه يؤدي إلى الانتحار، غير أن الدراسات تختلف في هذا الجانب، ورغم أن الدراسات التي فـشلت في إيجاد العلاقة اتسمت بثغرات في الطريقة البحثية التي اتبعتها وكانت العينة صغيرة وغيرهـا من الثغرات. ومع توالي الإحصائيات والدراسات الدالة على ارتباط التصلب اللويحي بالاكتئاب المؤدي إلى الانتحار يصبح مدهشا حقا أن علاج الاكتئاب في التصلب اللويحي لم يلق الاهتمـام المناسب، فبالإضافة إلى العقاقير تعد جلسات العلاج النفسي أمرا مفيدا ويجب ألا يتغاضى عنـه الاطباء. ولا زال من المبكر أن نصل إلى نتيجة مفادها أن المزاج الاكتئابي المتعكـر عـرض رئيسي من اعراض التصلب اللويحي، فإن من الضروري متابعة وإجراء دراسات بهذا الـشأن الذي يعد مسألة حيـاة أو مـوت بالنـسبة للمرضـى (Feinstein, A., Roy, P., Lobaugh, N., Feinstein, K., O’Connor, P., Black, S., 2007).

يمكن أن يرى الكم الأكبر من التغييرات في المشاعر والمزاج المرافق لمرض التصلب اللويحي على شكل اكتئاب حيث يشهد ٢٥-٥٠% من المرضى اكتئابا رئيسيا في لحظة ما بعـد هجمة مرض التصلب اللويحي وهي تزيد بشكل واضح عن نـسبة الاكتئـاب فـي المرضـى المصابين بأمراض أخرى او الاضطرابات العصبية الأخرى، والقلق الذي يراود الأطبـاء مـن هذه الناحية أن الاكتئاب المرافق للتصلب اللويحي غير مشخص وبالتالي لا يتم علاجه، مما يزيد من احتمالية تفاقم الاكتئاب لديهم، ورغم أن الدراسات الحديثة قد اثبتت ارتباط الاكتئاب بمرض التصلب اللويحي كعرض نفسي رئيسي من اعراض المرض إلا أنها لا زالت مختلفة حول نوع نوبات الاكتئاب أهي ردة فعل نفسية تجاه المرض أم أنها الطبيعة المزمنة النامية غير المتنبأ بها للمـرض، أم أنهـا ظـواهر عـصبية بيولوجيـة للإعاقـات التـي تنـتج عـن المـرض نفسه(Martz, Livneh, Wright, 2007).

يتفق جمع كبير من العلماء والباحثين أن الاكتئاب واحد من الأعراض الأكثر شيوعا في مرض التصلب اللويحي، وينتشر اضطراب الاكتئاب في نسبة تتراوح بين ١٥-٢٦% من بـين مرضى التصلب اللويحي حيث يميل الشباب أكثر نحو الاكتئاب، غير أن نصف مرضى التصلب اللويحي يصابون بمستويات مختلفة من عوارض الاكتاب في أي مرحلة من مراحل المـرض، وتصل نسبة ظهور أعراض الاكتئاب الرئيسية في المرضى إلى ٥٠% بعد الهجمة، وتعد هـذه



النسب في التصلب اللويحي أعلى من أي مرض مزمن آخر والاضطرابات العصبية الأخرى، وبما أن تاريخ الاكتئاب في مرض التصلب اللويحي غير مدروس بشكل متعمق فإن الدراسات المنضبطة التي أجريت تشير إلى أن الاكتئاب المصاحب لمرض التصلب اللويحي والذي لا يتم علاجه لا ينحسر بشكل تلقائي (Kulakowska, Drozdowski, Halicka, 2001).

أصول ودوافع الاكتئاب في مرض التصلب اللويحي متعددة ويتضح أن له جذورا نفسية، حيث يعد فقدان القدرة على اداء الجسم لوظائفه الطبيعية شائعا وغير متنبأ به، ورغم أن مستويات الإعاقة الجسدية والنفسية لا ترتبط بالضرورة بالاكتئاب إلا أن المرضى إحساس المرضى بمواجهة المجهول، والضعف المصاحب للمرض، وتدخل المرض في كل نشاطات المرء اليومية ترتبط جميعا بالاكتئاب والضيق، كما أظهر أن فقدان الدعم الاجتماعي وعدم القدرة على إيفاء الوظائف الاجتماعية والتي ترافق المرض يرتبط بالاكتئاب المصاحب للتصلب اللويحي (Jests & Friedman, 2007, pages 178,179,181).

تكمن خطورة الاكتئاب في التصلب اللويحي أنه أكثر ما يؤثر على حياة المريض ويزيد من الإعاقات الجسدية ومشاكل الحركة، فيمكن للإكتئاب أن يزيد وبشكل واضح مستوى عدم القدرة على الحركة من خلال إنقاصه لقدرة المرء على العمل بفعالية وأداء أدواره الاجتماعية على أكمل وجه سواء في العائلة أم في أي مكان آخر، بالإضافة إلى أنه يزيد من نسبة الانتحار بين مرضى التصلب اللويحي، حيث أظهرت الدراسات أن احتمالية الانتحار بينهم تزيد سبع أضعاف عن المرضى المصابين بأمراض أخرى (Jests & Friedman, 2007).

وفي دراسة أجريت على الأمهات المصابات بالتصلب اللويحي وأشارت النتائج إلى أن الإعاقة الناتجة عن المرض والقلق حول الأطفال هي المتنبئات المستقلة للأعراض الاكتئابية في المرض، وأن الدعم الاجتماعي يمكن أن يتواسط في التأثير على أثر القلق حول الأطفال والاكتئاب، وخلصت الدراسة إلى أن الدعم الاجتماعي يجب أن يقدم للأمهات المصابات بالتصلب اللويحي من قبل الممرضات ومسؤلات رعاية الأطفال من أجل التقليل من الأعراض الاكتئابية ذات العلاقة بالقلق حول الأطفال (Harrison, Stuifbergen, 2002).

يرى فرويهوالد Fruehwald وآخرون الذين أجروا دراسة عن نوعية الحياة التي يحياها مرضى التصلب اللويحي والعوامل المؤثرة عليها أم الاكتئاب المرافق للمرض هو الأكثر

المتنبئات تأثيرا في نقـصان جـودة حيـاتهم (Fruehwald, Loeffler-Stastka, Eher, Saletu, Baumhackl, 2001).

ويرى (Chwastiak, 2002) أن الاكتئاب شائع في مرض التصلب اللويحي حيث تـصل نسبة احتمالية استمراره طوال الحياة إلى ٥٠%، وتزداد النسبة بين مرضى التـصلب اللـويحي الذين تتراوح أعمارهم بين ١٨-٤٥ بنسبة ٢٥% أكثر من باقي المرضى (٦%)، وعادة ما يتم تشخيص الاكتئاب باكرا ويرتبط بشكل لافت مع نسب اعلى من محاولات الانتحار (١,٩٥% - ١٨,٥%)، وتمكن خطورة الاكتئاب في أنه يقلل من فعالية ادوية التصلب اللويحي ويؤثر كثيـرا على عناية المرضى بأنفسهم.

بالإضافة إلى تأثير الاكتئاب على الإدراك يؤثر بشكل واضح على الوهن الي يـشعر به مرضى التصلب اللويحي، وقد أظهرت الدراسات أن معالجة الاكتئـاب تقلـل مـن الـوهن والضعف، وتشير دراسات أخرى ان علاج الاكتئاب من خلال العـلاج الـسلوكي المعرفـي، والعلاج الجماعي، والعلاج من خلال العقاقير المضادة للإكتئاب يقلل مـن إفـراز الـسايتوكين (cytokine) لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي (Bradshaw & Rose, 2008).

إحدى المضاعفات المرتبطة بالاكتئاب هو إنه مـرتبط بمجموعـة مـن الأمـراض المزمنة، وبالتالي يمكن أن يؤثر مرض مزمن غير محدد على آثار التصلب اللويحي المشخص ويظهر أن الاكتئاب نتيجة الأخير، غير ان الكثير من الدراسات التي أجرت مقارنة بـين تـأثير الأمراض المزمنة الأخرى والتصلب اللويحي تظهر أن الرابطة بين الاكتئاب والتصلب اللويحي أقوى من رابطة الاكتئاب مع الأمراض المزمنة الأخـرى (Patten, Beck, Williams, Barbui, Metz, 2003).

ثانياً: الدراسات السابقة

فيما يأتي عرض موجز للدراسات السابقة الأجنبية، التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة بالحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغط النفسي لدى الافرادالمصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن:

وفي حدود علم الباحث فإنه لا توجد دراسات مباشرة تناولت الحالات الانفعالية، والاكتئاب، والضغط النفسي عند مرضى التصلب اللويحي المتعدد في الأردن، رغم وجود الإسناد النظري لهذا الأثر، الأمر الذي يعزز من أصالة الدراسة الحالية في دراسة هذه المشكلة. وفيما يلي عرضاً لتلك الدراسات، وذلك على النحو الآتي:

أجرى براس وزملاؤه (Bras M., Gregurek R., Milunović V., Busić I., Brajković L., 2008)، دراسة حالة بهدف التحقق من الارتباط بين الضغط النفسي المزمن والتصلب اللويحي المتعدد والذي كان معروفاً دائماً، لكن الأساس البيولوجي لهذه الظاهرة لم يتم إثباته من قبل. تكونت عينة الدراسة من خمسة مرضى تم تشخيصهم بأن لديهم تصلّب لويحي متعدد وضغط نفسي واضطراب ما بعد صدمة، تم التعرف من خلال الدراسة على مختلف جوانب المشكلة والمضاعفات المحتملة والارتباطات بين هذين المريضين، كما حاولت الدراسة أن تواجه مريض التصلب اللويحي المتعدد الذي يعاني من ضغط نفسي مزمن بحقيقة مرضه. واوصت دراسة براس وزملاؤه الحاجة إلى منحى متعدد المجالات في علاج المرضى الذين يعانون من الضغط النفسي المزمن واضطراب ما بعد الصدمة، بالاضافة الى التصلّب اللويحي المتعدد، والذي سيفيد المريض بالحد الأقصى وينتج رعاية أكثر فعالية.

وأجرى دايموند وزملاؤه (Diamond, J., Johnson, K., Kaufman, M., Graves, L., 2008)، دراسة هدفت التحقق من أثر الإرهاق والاكتئاب على تقدم مرض التصلب اللويحي المتعدد، وعلى النتائج المتوقعة على المدى الطويل لهذا المرض، تكونت العينة من (٢٢٨) مريضا تم التحقق من إصابتهم بالإرهاق والاكتئاب من خلال مقياس شدة الإرهاق (FSS) ومقياس الاكتئاب لدى مركز دراسات الأوبئة (CES-D)، وهؤلاء المرضى يحضرون بشكل متواصل إلى عيادة التصلب اللويحي المتعدد، حيث تتم مراقبة نتائج تطور التقدم المرضي لديهم، أشارت النتائج إلى عدم تنبؤ الإرهاق والاكتئاب الذي تم قياسه عند خط القاعدي (الأساس) بتقدم المرض، أو تقدم في الإعاقة، وبالنسبة لمعظم المرضى الذين كانوا مرهقين ومكتئبين عند خط

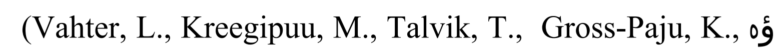
القاعدي ظلوا كذلك بعد عشر سنوات، ومعظم المرضى الذين لم يعانوا منها ظلوا متعافين ولـم يصابوا بها، ونلاحظ عدم تغير نتائج كلا المقياسين المستخدمين في الدراسة غير أن تقدم الإعاقة بدا واضحاً ودال إحصائياً بعد عشر سنوات، ويمكن الاستنتاج بأن الإرهاق والاكتئاب لا علاقـة لهما بتقدم مرض التصلب اللويحي لدى المرضى المصابين به.

وأجـرى بيـسيك وزومـلاؤه (Beiske, A. G., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, D., Aarseth, H., Myhr, M., 2008) دراسة هدفت التحقق من ارتباط وعلاقة أعراض الإكتئاب والقلق بين الأفراد المصابين بالتـصلب اللـويحي المتعـدد، وارتباطها بالخصائص الديموغرافية والاكلينيكية، وتكونت عينة الدراسة مـن (١٤٠) مريـضاً مصاب بالتصلب اللويحي النتعدد من غرب النرويج، وتم الحـصول علـى كافـة المعلومـات والمساعدة المطلوبة حول تسجيل أعراض الاكتئاب والقلق وطلب المرضى للمساعدة من ناحيـة الإكتئاب، ووجدت الدراسة أن نسبة المرضى الـذين لـديهم اكتئـاب بلغـت حـوالي (٣١%) والمرضى الذين أبلغونا بأعراض قلق وصلت إلى (١٩%)، وكلا العرضين كـان أعلـى ممـا توجب أن تكون عليه ضمن السكان، أما الذين تلقوا العلاج للاكتئاب فكانـت نـسبتهم (١٥%) وللقلق (١١%).

وأجرى هارت وزملاؤه (Harte S., Vella L., Mohr D., 2008) دراسـة هـدفت التعرف على العلاقة بين التصلب اللويحي المتعدد والمشاكل النفسية مثل الاكتئاب، بلـغ عـدد المرضى المشاركون في الدراسة (١٢٧) مريضا شاركوا في تجربة عشوائية إكلينيكية تقـارن نوعين من أنواع العلاج النفسي، وتم التقييم في وسط مدة العلاج بعد (٨) أسابيع وفـي نهايـة العلاج بعد (١٦) أسبوع، ثم بعد (٦) أشهر، ثم بعد عام. اشارت النتائج إلى انخفاض مـستوى الاكتئاب لدى المرضى مع استمرارية التعرض للبرنامج العلاجي، وانخفـاض عـدد هجمـات مرض التصلب اللويحي المتعدد.

وأجرى فاينشتاين (Feinstein, et. al, 2007) من جامعة توريتنو – كنـدا وآخـرون دراسة بعنوان الأداء غير الطبيعي في الدماغ لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد والمصابين بالاكتئاب، استهدفت تقييم العلاقة بين الاكتئاب والأداء غير الطبيعي للـدماغ لـدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد المقرون بالاكتئاب، وقد اشـتملت العينـة علـى مجموعتين من المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد، المجموعة الأولى كانوا مـصابين

بالاكتئاب بحسب دليل الأمراض العقلية الطبعة الرابعة وبلغ عددهم ٢١ مريضا، والمجموعـة الثانية تكونت من ١٤ مريض غير مصابين بالاكتئاب، ولم تختلف المجموعتين في الخـصائص الديموغرافية ولا طبيعة ودرجة المرض ولا المقاييس المعرفية، وأظهرت النتائج أن المرضـى المصابين بالاكتئاب لديهم نسب أعلى من التلاف الدماغي واللويحي من اولئك المرضـى غيـر المصابين بالاكتئاب، وتوصي الدراسة بأهمية الأخذ بعين الاعتبار العوامل النفـسية وأن نـسبة تقدم المرض وتلاف اللويحات له علاقة بالاكتئاب.

أجرى فـاهتير وزمـلاؤه  (Vahter, L., Kreegipuu, M., Talvik, T., Gross-Paju, K., 2007) دراسة بعنوان " سؤال واحد مطروح على مرضى التصلب اللويحي كأداة لمسح الاكتئاب لديهم" استهدفت تقييم عملية طرح سؤال واحد على مرضى التـصلب اللـويحي المتعـدد فـي التعرف إلى مدى انتشار الاكتئاب لديهم، وكان هذا السؤال هو "هل أنت مكتئب؟"، وقد قورنت الإجابات بنتاج الفحوصات والتحليلات التي أجريت للمرضى، تكونت العينة من ١٣٤ مـريض تصلب لويحي يقيمون في المستشفى، تشير النتائج إلى أن ٥٧% من المرضى قد أجابوا بكلمـة "نعم" وقد تطابق تشخيص حالة الاكتئاب مع هذه الإجابة بنسبة ٩٤%، ولم تتطابق مع ٦% ممن أجابوا نعم، بينما الإجابة "لا" كانت متطابقة بنسبة ٥٤% فقط لأن نسبة من أجابوا بـلا وكـانوا مرضى بالتصلب اللويحي بالفعل وصلت إلى ٣٠% بحسب المعـايير الإكلينيكيـة، وتخلـص الدراسة إلى أن طرح سؤال واحد يمكن أن يشير إلى نسب معقولة ولكن يجب الاحتياط والحذر من تعميم إجابات هذا السؤال.

وأجرى موهر واخرون (Mohr, et. al 2004) دراسة عن العلاقة بين الأحداث الضاغطة نفسيا في الحياة وتفاقم حالة مرض التصلب اللويحي المتعدد، وقد عملت الدراسة على مراجعـة مجموعة من الدراسات السابقة ووصلت إلى نتيجة مفادها ان من بين ٢٠ دراسة تم التعمق فيها تم اختيار ١٤ طابقت المعيار، وأظهر تحليل هذه الأخيرة إلى زيادة خطر تفاقم حالة التـصلب اللويحي المتعدد بعد الاحداث الضاغطة نفسيا في الحياة، ولم تؤثر العينات ولا الطـرق التـي أجريت فيها الدراسة على نتائج التحليل، ووصلت الدراسة إلى وجود علاقة ثابتة وواضحة بين الأحداث الضاغطة في الحياة على مرض التصلب اللويحي المتعدد، غير أنها لا تحدد مجموعة عوامل معينة من الضواغط تؤثير بشكل أكبر على التصلب اللويحي المتعـدد دون غيرهـا أو أكثر من غيرها، مثل هذه الدراسات تساعد على إلقاء ضوء طبي ونفسي على علاج التـصلب اللويحي المتعدد بالنظر إلى علاقته مع الضغط النفسي.

يبدو من خلال استعراض الأدب النظري والدراسات السابقة وجود إسناد نظري يـشير إلى تميز الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد بالاكتئاب والضغط النفسي. وعلى الـرغم من ذلك، وبحسب علم الباحث، فإنه لم يتمكن من الحصول على دراسـات تناولـت متغيـرات الدراسة بصورة مباشرة سواء كانت دراسات أجنبية أو عربية، مما يضفي على هذه الدراسـة باعتقاد الباحث طابع الحداثة والأصالة. فكل الدراسات الأجنبية التـي تناولـت دراسـة هـذه المتغيرات تناولتها بصورة منفردة، ولم تتناولها مجتمعة معاً، وقسم تناول الارتباط بين الضغط النفسي والتصلب اللويحي المتعدد، وقسم اخر تناول العلاقة بين الاكتئـاب ومـرض التـصلب اللويحي المتعدد. في حين انه لم تتناول اي من الدراسات، الحالات الانفعاليـة الـسائدة لـدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وعليه ربما تكون هذه الدراسة المحاولة الأولى التي تتنـاول دراسة الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغط النفـسي لـدى الأفـراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد، والتي من المؤمل ستكون فاتحة لدراسات لاحقة.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

سيتم في هذا الفصل توضيح مجتمع الدراسة، وعينة الدراسة، والأدوات التي تم استخدامها في الدراسة والصدق والثبات، كما سيتم ذكر الأساليب الإحصائية التي استخدمت.

المنهج المعتمد في الدراسة:

استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي وذلك بالاعتماد على التصميم العلي المقارن، وذلك لملاءمته لأغراض الدراسة الحالية.

مجتمع الدراسة:

يتألف من الأفراد المصابين بمرض التصلب اللويحي في الأردن حسب إحصائيات وزارة الصحة الأردنية بـ(٢٥٠٠)[*]، إلا أن مجتمع الدراسة الحالية تكون من المرضى المسجلين في جميعه التصلب اللويحي والبالغ عددهم (٤٠٠) للفترة الزمنية ٢٠٠٩/٣/١-٢٠٠٩/٥/١.

عينة الدراسة:

تم توزيع مقاييس الدراسة على (١٢٠) مريض ومريضة، والذين يراجعون جمعية التصلب اللويحي والذين يشكلون ما نسبته (٣٠%) من مجتمع الدراسة الأصلي والمسجلين في جمعية التصلب اللويحي المتعدد، حيث استرجعت أدوات الدراسة من (١٠٢) مريض ومريضة ليشكلوا ما نسبته (٨٤%) من مجموع العينة. كما تم اختيار عينة مكافئة بالعدد والعمر والجنس من الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد لأغراض المقارنة بلغ عددها (١٠١) فرد.

الجدول ٢. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير المرض

المرض	التكرار	النسبة المئوية ٪
مريض	١٠٢	٥٠,٢
غير مريض	١٠١	٤٩,٨

(*) وزارة الصحة الأردنية (٢٠٠٨).

المجموع	٢٠٣	١٠٠,٠

الجدول ٣. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل (المرضى وغير المرضى) تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية ٪
ذكر	٧٥	٣٦,٩
أنثى	١٢٨	٦٣,١
المجموع	٢٠٣	١٠٠,٠

الجدول ٤. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير العمر

العمر	التكرار	النسبة المئوية ٪
اقل من عشرين	٣٠	١٤,٨
من ٢٠-٣٠	١١٣	٥٥,٧
من ٣١-٤٠	٣٩	١٩,٢
من ٤١ فاكثر	٢١	١٠,٣
المجموع	٢٠٣	١٠٠,٠

الجدول ٥. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسبة المئوية ٪
متزوج	٨١	٤٠,١
اعزب	١١١	٥٥,٠
مطلق	١٠	٥,٠
المجموع	٢٠٢	١٠٠,٠

الجدول ٦. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية ٪
أمي	٥	٢,٥
ثانوية عامة فأقل	٣٨	١٨,٧
دبلوم	٤٨	٢٣,٦
بكالوريوس	١٠٠	٤٩,٣
دراسات عليا	١٢	٥,٩
المجموع	٢٠٣	١٠٠,٠

الجدول ٧. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير المهنة

المهنة	التكرار	النسبة المئوية ٪
قطاع عام	٥٥	٣١,٨
قطاع خاص	١١٨	٦٨,٢

المجموع	١٧٣	١٠٠,٠

الجدول ٨. توزيع أفراد عينة الدراسة ككل تبعاً لمتغير الدخل الشهري

الدخل الشهري	التكرار	النسبة المئوية ٪
اقل من ١٠٠ دينار	١٦	٩,٠
من ١٠٠-٣٠٠	٧٧	٤٣,٥
من ٣٠٠-٥٠٠	٥٧	٣٢,٢
اكثر من ٥٠٠	٢٧	١٥,٣
المجموع	١٧٧	١٠٠,٠

الجدول ٩. توزيع أفراد عينة المرضى تبعاً لمتغير التاريخ المرضي

التاريخ المرضي	التكرار	النسبة المئوية ٪
قبل ٢٠٠٠	٨	٧,٨
٢٠٠٠-٢٠٠٥	٥٢	٥١,٠
بعد ٢٠٠٥	٤٢	٤١,٢
المجموع	١٠٢	١٠٠,٠

الجدول ١٠. توزيع أفراد عينة المرضى تبعاً لمتغير عدد الهجمات

عدد الهجمات	التكرار	النسبة المئوية ٪
اقل من ٤	٤٧	٤٦,١
٤-٧	٤٥	٤٤,١
أكثر من ٧	١٠	٩,٨
المجموع	١٠٢	١٠٠,٠

الجدول ١١. توزيع أفراد عينة المرضى تبعاً لمتغير شدة الحالة

شدة الحالة	التكرار	النسبة المئوية ٪
بسيطة	٥٣	٥٢,٠
متوسطة	٣٨	٣٧,٣
شديدة	١١	١٠,٨
المجموع	١٠٢	١٠٠,٠

الجدول ١٢. توزيع أفراد عينة المرضى تبعاً لمتغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية ٪
ذكر	٣٣	٣٢,٤
أنثى	٦٩	٦٧,٦

المجموع	١٠٢	١٠٠,٠

أدوات الدراسة:

لتحقيق اهداف الدراسة الحالية تم استخدام أربعة مقاييس هي:

أولاً: مقياس الحالات الانفعالية السائدة

قام الباحث باستخدام المقياس الذي قام بتطويره (بني يونس، ٢٠٠٨)، وهو عـدد مـن المواقف الحياتية، بواقع (٤٦) موقفاً، تكشف عن أربع حالات إنفعالية، يشعر بهـا الفـرد فـي اللحظة الحالية، وهي (السرور، الغضب، الحزن، الخوف)، وإزاء كل موقف يوجد تدرج لفظي رباعي، وهو "نعم" وتُعطى أربع علامات، "نعم الى حد ما" وتُعطى ثلاث علامات، "ولا الى حد ما" وتُعطى علامة واحدة، و"لا" وتعطى صفر علامة، والمبين في الملحق رقم (١).

صدق المقياس :

قام بني يونس (٢٠٠٨) بالتحقق من صدق محتوى المقياس، من خلال عرضـه علـى مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات علم النفس والارشاد النفسي، في الجامعة الاردنية، وجامعة عمان الاهلية. حيث وجدت نسبة اتفاق عالية تصل إلـى ٨٨% بـين المحكمين من حيث وضوح صياغة الفقرات وانتمائها للمجال السلوكي الذي تقيسه. وقد اقتـرح المحكمين بعض التعديلات الطفيفة في صياغة (٣) فقرات والتي تم مراعاتها في صورة المقياس النهائية.

كما قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس مرة اخرى، بعرضه على مجموعة محكمين، من ذوي الاختصاص، فقد ابدى المحكمين تأيدهم لصياغة الفقرات، وانتمائها للمجـالات التـي تقيسه، الى جانب ذلك فقد تم حساب ارتباط الفقرات مع الابعاد التي تنتمي اليها كمؤشـر علـى قدرة الفقرات على التمييز، حيث بلغت معاملات ارتباط الفقرات مـع الدرجـة الكليـة (٠,٣٠) فاكثر. وهذا يعد مؤشر على ان فقرات المقياس تنمتي للمجالات التي تقيسه.

ثبات المقياس:

قام بني يونس (٢٠٠٨) باستخراج ثبات الاتساق الـداخلي للقائمـة باسـتخدام معادلـة كرونباخ الفا، والتي تراوحت قيمها ما بين (٠,٧٧-٠,٨٣). حيث تعد هذه المؤشرات مناسبة.

كما وقد قام الباحث باستخراج معامل الثبات بطريقة كرونباخ الفا وقد تراوحت معاملات الثبات (٠,٧٥ - ٠,٨١)، وهذا يشير الى ان المقياس يتمتع بدلالات ثبات مناسبة.

ثانياً: مقياس الاكتئاب

قام الباحث باستخدام المقياس الذي قام بتطويره (بني يونس، ٢٠٠٨)، وهو يتألف مـن (٤٤) مجموعة رباعية العبارات، في كل مجموعـة (٤)عبـارات. يطلـب مـن المفحـوص (المستجيب) قراءة كل مجموعة على حدة قراءة متعمقة، بعدها يختار العبارات التي تنطبق عليه في اللحظة الحالية من كل مجموعة، حيث تتراوح أرقام العبارات بين (صفر،١،٢،٣)، والمبين في الملحق رقم (٢).

تصحيح المقياس: يتم جمع كافة أرقام العبارات التي اختارها المفحوص.

تفسير النتائج: يتم توزيع مستويات الاكتئاب على النحو الآتي:

من (١-٩) علامات : غياب الاكتئاب أو أنه لا يلاحظ بالكاد.
من (١٠-٢٤) علامة : الحد الأدنى من الاكتئاب.
من (٢٥-٤٤) علامة : مستوى خفيف.
من (٤٥-٦٧) علامة : مستوى متوسط.
من (٦٨-٨٧) علامة : مستوى شديد.
من (٨٨ فأكثر) علامة : مستوى شديد جداً.

صدق المقياس:

قام بني يونس (٢٠٠٨) بالتحقق من صدق محتوى المقياس، من خلال عرضـه علـى مجموعة من المحكمين ذوي الاختصاص والخبرة في مجالات علم النفس والارشاد النفسي، في الجامعة الاردنية، وجامعة عمان الاهلية. حيث وجدت نسبة اتفاق عالية تصل إلى ٨٥% بـين المحكمين من حيث وضوح صياغة الفقرات وانتمائها للمجال السلوكي الذي تقيسه. وقد اقتـرح

المحكمين بعض التعديلات في صياغة (٥) فقرات والتي تم مراعاتهـا فـي صـورة المقيـاس النهائية.

كما قام الباحث بالتحقق من صدق المقياس مرة اخرى، بعرضه على مجموعة محكمين، من ذوي الاختصاص، فقد ابدى المحكمين تأيدهم لصياغة الفقرات، وانتمائها للمجـالات التـي تقيسه، الى جانب ذلك فقد تم حساب ارتباط الفقرات مع الابعاد التي تنتمي اليها كمؤشـر علـى قدرة الفقرات على التمييز، حيث بلغت معاملات ارتباط الفقرات مـع الدرجـة الكليـة (٠,٣٣) فاكثر. وهذا يعد مؤشر على ان فقرات المقياس تنمتي للمجالات التي تقيسه.

ثبات المقياس:

قام بني يونس (٢٠٠٨) باستخراج ثبات الاتساق الـداخلي للقائمـة باسـتخدام معادلـة كرونباخ الفا، والتي بلغت قيمتها (0.84). حيث تعد هذه المؤشرات مناسبة.

كما وقد قام الباحث باستخراج معامل الثبات بطريقة كرونباخ الفا وقد بلغ معامل الثبات (0.81) وهذا يشير الى ان المقياس يتمتع بدلالات ثبات مناسبة.

ثالثاً: مقياس أحداث الحياة الضاغطة

قام الباحث بتطوير مقياس لمصادر الضغوط النفسية والمرتبطـة بـالمواقف الحياتيـة المختلفة بعد الرجوع الى الادب النظري الخاص بالضغوط النفسية، حيث تكون المقيـاس مـن (٢٨) عبارة تكشف عن الضغوط النفسية الحياتية، وإزاء كل عبارة تدرج لفظي خماسي وهـو (بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة ضعيفة، بدرجة ضعيفة جداً) والمبين في الملحق رقم (٣).

صدق المقياس:

للتحقق من صدق الأداة تم عرضها على مجموعة من المحكمين متخصصين فـي علـم النفس، والارشاد النفسي، من أجل الأستفادة من ملاحظاتهم فيما يتعلق بوضوح صياغة الفقرات وأنتمائها للمجال الذي تقيسه، وقد أبدى المحكمين مجموعة من الملاحظات تتعلق بصياغة بعض الفقرات، وحذف بعض الفقرات التي لا تنتمي إلى المجال، وقد تم إعتماد نسبة اتفـاق (٨٠%)

فأكثر للأبقاء على الفقرة أو حذفها، وقد أبدى المحكمين ملاحظات تتعلق بوضوح بعض الفقرات ودقة صياغتها، والتي تم مراعاتها في الصيغة النهائية للمقياس.

ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات الاداة قام الباحث بتطبق اداة الدراسة على (٣٠) فـرداً ممـن تنطبـق عليهم خصائص مجتمع الدراسة، وقد تم حساب معامل الإرتباط بين التطبيقين كمؤشـر علـى الثبات بطريقة الإعادة (Test-retest) وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٤)، وقد قام الباحث باستخراج معامل الثبات بطريقة كونباخ الفا وقد بلغ معامل الثبات (٠,٩١)، وهذا يشير الـى ان المقيـاس يتمتع بدلالات ثبات مناسبة.

رابعاً: مقياس الضغوط النفسية بعد المرض

قام الباحث بتطوير مقياس لمصادر الضغوط النفسية بعـد المـرض لعينـة المرضـى والمرتبطة بالمواقف الحياتية المختلفة بعد الرجوع الى الادب النظري الخاص بالضغوط النفسية، وذات الصلة بمرض التصلب اللويحي المتعدد، حيث تكون المقياس من (٤٠) عبارة تكشف عن الضغوط النفسية الحياتية لدى مرضى التصلب اللويحي المتعدد، وازاء كل عبارة تدريج لفظـي خماسي وهو (بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة ضعيفة، بدرجة ضعيفة جداً) والمبين في الملحق رقم (٤).

صدق المقياس:

للتحقق من صدق الأداة تم عرضها على مجموعة من المحكمين متخصصين فـي علـم النفس، والارشاد النفسي، ومختصين بالامراض العصبية من أجل الأستفادة من ملاحظاتهم فيما يتعلق بوضوح صياغة الفقرات وأنتمائها للمجال الذي تقيسه، وقد أبدى المحكمين مجموعة مـن الملاحظات تتعلق يصياغة بعض الفقرات، وحذف بعض الفقرات التي لا تنتمي إلى المجال، وقد تم إعتماد نسبة اتفاق (٨٠%) فأكثر للأبقاء على الفقرة أو حذفها، وقد ابدي المحكمين ملاحظات تتعلق بوضوح بعض الفقرات ودقة صياغتها، والتي تم مراعاتها في الصيغة النهائية للمقياس.

ثبات المقياس:

للتحقق من ثبات الاداة قام الباحث بتطبق اداة الدراسة على (٢٠) فـرداً ممـن تنطبـق عليهم خصائص مجتمع الدراسة، وقد تم حساب معامل الإرتباط بين التطبيقين كمؤشـر علـى الثبات بطريقة الإعادة (Test-retest) وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨١)، وقد قام الباحث باستخراج معامل الثبات بطريقة كونباخ الفا وقد بلغ معامل الثبات (٠,٨٧)، وهذا يشير الـى ان المقيـاس يتمتع بدلالات ثبات مناسبة.

إجراءات تطبيق الدراسة:

- لغايات بناء مقياس الضغوط النفسية بعد المرض قام الباحث بعمل مقابلات فردية مع المرضى والتعرف الى الخصائص المميزة لهؤلاء المرضى، واعطاء اسئلة مفتوحة للمرضى للتعرف على الضغوط النفسية التي تعرضوا اليها قبل وبعد الاصابة بمرض التصلب اللويحي المتعدد، والمبين في الملحق رقم (5).
- بعد الاطلاع على الادب النظري الخاص بمرض التصلب اللويحي المتعدد من وجهة نظر نفسية وعصبية، تم بناء مقياس الضغوط قبل المرض وبعده.
- تحديد افراد مجتمع الدراسة، واختيار (١٠٢) مريض ومريضة ضمن عينة الدراسة.
- اختيار عينة مكافئة بلغ عددها (١٠١) فرد مكافئين في خصائصهم لعينة المرضى.
- توزيع المقاييس على افراد عينة الدراسة المرضى وغير المرضى.
- جمع البيانات وتفريغها بالحاسوب تمهيداً لتحليلها.

المعالجة الاحصائية:

من أجل الإجابة عن اسئلة الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية الآتية:

- المتوسطات الحسابية والانحرافات.
- اختبار (ت) لعينتين مستقلتين.
- التحليل التمييزي المتدرج (Stepwise Discriminate analysis).

الفصل الرابع

نتـائج الدراسـة

هدفت الدراسة الحالية التعرف الى كل من الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن ولتحقيق ذلك، تم اختيار عينة متاحة بلغت (٢٠٣)، منهم (١٠٢) مصاباً ومصابةً، و(١٠١) من الأسوياء. وبعد جمع البيانات، وتحليلها إحصائياً، توصل الباحث إلى النتائج الآتية:

اولاً:النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: ما مستويات انتشار الحالات الانفعالية، ومـستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد؟

للإجابة عن هذا السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعياريـة لكـل مقياس من مقاييس الدراسة لكل من عينة المرضى وغير المرضى والجدول (١٢) يبين نتـائج ذلك.

الجدول ١٣. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للحالات الانفعالية السائدة لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الحالة الانفعالية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
الغضب	2.59	0.64	1
الخوف	2.56	0.60	2
الحزن	2.54	0.43	3
السرور	2.02	0.39	4

يتضح من الجدول (١٣) إن المتوسطات الحسابية لمقياس الحالات الانفعاليـة تـراوح مابين (٢,٠٢-٢,٥٩)، وان أعلى متوسط كان لحالة الغضب والتي بلـغ متوسـطها الحـسابي (٢,٥٩)، في حين إن اقل متوسط حسابي كان لحالة السرور بمتوسط حسابي (٢,٠٢)، وعلـى

الرغم وجود تباين بين الحالات الانفعالية المختلفة لدى عينة المرضى، إلا أننا نجد أنها طفيفة جداً.

الجدول ١٤. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمصادر الضغوط النفسية قبل المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الضغوط النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
الاجتماعي	4.15	0.57	1
الأسري	3.35	0.68	2
الاقتصادي	3.25	0.71	3
العام	3.13	0.67	4

يتضح من الجدول (١٤) إن المتوسطات الحسابية لأبعاد مقياس الضغوط النفسية العامة تراوح مابين (٣,١٣-٤,١٥)، وان أعلى متوسط كان للبعد الاجتماعي والتي بلغ متوسطه الحسابي (٤,١٥)، في حين أن اقل متوسط حسابي كان لبعد الضغوط العامة بمتوسط حسابي (٣,١٣)، كما ويتضح أن جميع المتوسطات كانت أعلى من (٣) مما يشير هناك ضغوط عامة واضحة لدى عينة المرضى.

أما فيما يتعلق بتفسير درجات إفراد عينة الدراسة على مقياس الاكتئاب فقد تم الاعتماد على المعيار الآتي:

من (١-٩) علامات : غياب الاكتئاب أو أنه لا يلاحظ بالكاد.
من (١٠-٢٤) علامة : الحد الأدنى من الاكتئاب.
من (٢٥-٤٤) علامة : مستوى خفيف.
من (٤٥-٦٧) علامة : مستوى متوسط.
من (٦٨-٨٧) علامة : مستوى شديد.
من (٨٨ فأكثر) علامة : مستوى شديد جداً.

الجدول ١٥. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية الاكتئاب لدى عينة المرضى

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري

35.89	94.03

يتضح من الجدول (١٥) أن متوسط الاكتئاب لدى عينة المرضى قد بلغ (٩٤,٠٣) بانحراف معياري (٣٥,٨٩)، وبالاعتماد على المعيار السابق نجد أن مستوى الاكتئاب لدى عينة المرضى يقع ضمن المستوى الشديد جداً.

الجدول ١٦. المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمصادر الضغوط النفسية بعد المرض لدى عينة المرضى مرتبة بشكل تنازلي

الضغوط النفسية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب
جسمي	3.84	0.62	1
مهني	3.84	0.71	2
انفعالي	3.81	0.66	3
اجتماعي	3.79	0.62	4
عقلي	3.75	0.66	5
المرض	3.54	0.47	6

يتضح من الجدول (١٦) أن المتوسطات الحسابية لمقياس الضغوط المرتبطة بـالمرض تراوحت مابين (٣,٥٤-٣,٨٤) وان أعلى متوسط حسابي كان لمـصدر الـضغوط المرتبطـة بالجانب الجسمي والجانب المهني بمتوسط حسابي بلغ (٣,٨٤)، وان اقل متوسط حـسابي كـان لمصدر الضغوط المرتبطة بالمرض بمتوسط حسابي بلغ (٣,٥٤)، ونلاحظ بشكل عام أن جميع مصادر الضغوط ما بعد المرض كانت مرتفعة نسبيا حيث أن جميع المتوسطات كانت أعلى من الدرجة (٣,٥).

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (α≤ ٠,٠٥) في كل من الحالات الانفعالية ومستوى الاكتئاب، ومـصادر الـضغوط النفـسية بـين المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد وغير المصابين.

للإجابة عن هذا السؤال تم استخدام اختبار (ت) لعينتين مستقلتين والجداول (١٧،١٨،١٩) تبين نتائج ذلك.

الجدول ١٧. نتائج اختبار(ت) للاختلاف في الحالات الانفعالية بين المصابين بالتصلب اللويحي وغير المصابين

الحالة الانفعالية	الإصابة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت)	الدلالة
الغضب	مصاب	2.59	0.64	2.23	0.03
	غير مصاب	2.40	0.49		
الخوف	مصاب	2.56	0.60	3.05	0.00
	غير مصاب	2.30	0.58		
الحزن	مصاب	2.54	0.43	3.77	0.00
	غير مصاب	2.28	0.49		
السرور	مصاب	2.02	0.39	-3.10	0.00
	غير مصاب	2.59	0.51		

من الجدول (١٧) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الحالات الانفعالية بين المصابين بمرض التصلب اللويحي وعينة الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي، حيث كانت قيم الإحصائي (ت) (٢,٢٣، ٣,٠٥، ٣,٧٧، -٣,١٠) بالترتيب للحالات الانفعاليـة (الغـضب، والخوف، والحزن، والسرور) وبمراجعة المتوسطات الحسابية تبين أن مستوى كل من الغضب، والخوف، والحزن أعلى لدى عينة لمصابين بمرض التصلب اللويحي. أما حالة الـسرور فقـد كانت أعلى لدى عينة غير المرضى.

الجدول ١٨. نتائج اختبار(ت) للاختلاف في الاكتئاب بين المصابين بالتصلب اللويحي وغير المصابين

الإصابة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت)	الدلالة
مصاب	94.03	35.89	5.44	0.00
غير مصاب	72.61	16.67		

من الجدول (١٨) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المصابين بمرض التصلب اللويحي وعينة الإفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي، حيـث كانـت قيمـة الإحصائي (ت) (٥,٤٤) وهي دالة عند مستوى ٠,٠٥ فاقل، وبمراجعة المتوسطات الحـسابية تبين أن مستوى الاكتئاب أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي مقارنة بعينة غيـر المصابين بمرض التصلب اللويحي.

الجدول ١٩. نتائج اختبار(ت) للاختلاف في مصادر الضغوط بين المصابين بالتصلب اللويحي وغير المصابين

الضغوط النفسية	الإصابة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	(ت)	الدلالة
اسري	مصاب	3.35	0.68	5.40	0.00
	غير مصاب	2.78	0.81		
اقتصادي	مصاب	3.25	0.71	2.51	0.01
	غير مصاب	2.98	0.78		
عام	مصاب	3.13	0.67	3.73	0.00
	غير مصاب	2.75	0.77		
اجتماعي	مصاب	4.15	0.57	5.42	0.00
	غير مصاب	3.68	0.64		

من الجدول (١٩) يتضح أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقياس الضغوط العامة بين المصابين بمرض التصلب اللويحي وعينة الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي، حيث كانت قيم الإحصائي (ت) (٥,٤٠، ٢,٥١، ٣,٧٣، ٥,٤٢) بالترتيب لمصادر الضغوط (الأسري، والاقتصادي، العام، الاجتماعي) وبمراجعة المتوسطات الحسابية تبين أن مستوى الضغوط الأسرية، والاقتصادية، العامة، والاجتماعي أعلى لدى عينة لمصابين بمرض التصلب اللويحي.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث: ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من اضطراب التصلب اللويحي المتعدد لدى أفراد عينة الدراسة ككل.

للإجابة عن هذا السؤال تم إجراء التحليل التمييزي ويبين الجدولين (٢٠، ٢١) نتائج السؤال.

الجدول ٢٠. نتائج التحليل التمييزي لنسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من اضطراب التصلب اللويحي المتعدد لدى أفراد عينة الدراسة

Wilks' Lambda	Chi-square	df	Sig
0.78	37.17	2	0.00

يتضح من الجدول (٢٠) ان هناك قدرة تمييزية لمتغيرات الدراسة المستقلة حيث بلغت قيمة الإحصائي كاي تربيع (٣٧,١٧) بمستوى دلالة ٠,٠٥ ، وهذا يشير الى أن متغيرات الدراسة لها قدرة تنبؤية في مرض التصلب اللويحي. ولتحديد القدرة التمييزية لتلك المتغيرات فقد تم حساب قيمة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات التمييزية والتي تظهر في الجدول (٢١).

الجدول ٢١. نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتنبئة

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	(ف)	الدلالة
الضغوط الأسرية	0.35	0.12	20.54	0.00
الاكتئاب	0.47	0.22	21.13	0.00

يتضح من الجدول (٢١) أن قيمة ما فسرته متغير الضغوط الأسرية في متغير الإصابة بمرض التصلب اللويحي بلغ (١٢%) وان قيمة (ف) المقابلة له كانت (20.54) بمستوى دلالة ٠,٠٥، كما تبين أن قيمة ما يفسره متغير الاكتئاب من الإصابة بمرض التصلب اللـويحي بلـغ (١٠%) وان قيمة الإحصائي (ف) المقابلة له بلغت (21.13) بمستوى دلالـة ٠,٠٥. ليـصبح مجموع ما تم تفسيره تراكميا لكلا المتغيرين (٢٢%).

رابعاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الرابع: ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد الهجمات التي تحدث لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد؟

للإجابة عن هذا السؤال تم أجراء تحليل الانحدار البسيط ويبين الجدول (٢٢) نتائج السؤال.

الجدول ٢٢. نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتنبئة

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	(ف)	الدلالة
الاكتئاب	0.22	0.05	4.06	0.05

يتضح من الجدول (٢٢) أن قيمة ما فسرته متغير الاكتئاب في متغير عـدد الهجمـات لمرضى التصلب اللويحي بلغ (٥%) وان قيمة (ف) المقابلة له كانت (٤,٠٦) بمـستوى دلالـة ٠,٠٥، لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة في حـدوث الهجمـات المرضـية لـدى المصابين بالتصلب اللويحي.

خامساً: النتائج المتعلقة بالسؤال الخامس: ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد سنوات الإصابة بالتصلب اللويحي؟

للإجابة عن هذا السؤال تم إجراء التحليل التمييزي ويبين الجدول (٢٣) نتائج السؤال.

الجدول ٢٣. نسبة التباين المفسر لكل متغير من المتغيرات المتنبئة

المتغير	الارتباط	التباين المفسر	(ف)	الدلالة
الاكتئاب	0.24	0.06	5.16	0.03

يتضح من الجدول (٢٣) ان قيمة ما فسرته متغير الاكتئاب في متغيـر عـدد سـنوات الإصابة بمرضى التصلب اللويحي بلغ (٦%) وان قيمـة (ف) المقابلـة لـه كانـت (٥,١٦٦) بمستوى دلالة ٠,٠٥، لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة فـي اسـتمراية الهجمـات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

يتناول هذا الفصل مناقشة النتائج التي أسفرت عنها الدراسة، واستخلاص ما تنطوي عليه من تضمينات. لقد هدفت الدراسة الحالية التعرف إلى كل من الحالات الانفعالية السائدة، ومستوى الإكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن.

أولاً: مناقشة النتائج:

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الأول والذي ينص على "**ما مستويات انتشار الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية لدى عينة مرضى التصلب اللويحي المتعدد**".

أشارت النتائج المرتبطة بهذا السؤال إلى أن ترتيب الحالات الانفعالية لدى عينة المرضى جاءت على النحو الآتي: حالة الغضب احتلت الترتيب الأول والتي بلغ متوسطها الحسابي (٢,٥٩)، في حين جاءت حالة الخوف بالترتيب الثاني والتي كانت متوسطها الحسابي (٢,٥٦)، أما في الترتيب الثالث فقد جاء حالة الحزن بمتوسط حسابي (٢,٥٤)، أما حالة السرور فقد جاء في الترتيب الأخير والتي بلغ متوسطها الحسابي (٢,٠٢).

وعلى الرغم من عدم وجود دراسات سابقة مباشرة تناولت الحالات الانفعالية السائدة لدى مرضى التصلب اللويحي، فان الباحث يبرر بروز الانفعالات السلبية لدى مرضى التصلب اللويحي، بحكم الظروف العامة التي تحيط بهم، فمصير المرض مجهول، وبالوقت ذاته هناك انهيار في الطاقة الجسمية والنفسية، وتراجع في الأداء الجسماني، وضعف القدرة على القيام بالواجبات المهنية، والوظيفية، إلى جانب ضعف الدعم والتقبل الاجتماعي من المحيطين بهم، وفي بعض الحالات قد تصل إلى مرحلة الانفصال عن الزوج/ة أو الخطيب/ة بسبب التغيرات التي نتجت عن الإصابة بالمرض، مما يفسر وجود الحالات الانفعالية السلبية من (غضب، وخوف، وحزن).

أما فيما يتعلق بترتيب مصادر الضغوط النفسية لدى عينة المرضى فقد جـاء الـضغط الاجتماعي بالترتيب الأول والذي بلغ متوسطة (٤,١٥)، وجاءت الضغوط الأسـرية بالترتيـب الثاني بمتوسط حسابي (٣,٣٥)، وجاءت الضغوط الاقتصادية بالترتيب الثالث بمتوسط حـسابي ٣,٢٥، أما الضغوط العامة فقد جاءت في الترتيب الأخير بمتوسط حسابي (٣,١٣).

ويعلل الباحث هذه النتيجة على الرغم من عدم وجود دراسات مباشـرة تناولـت هـذه النتيجة بان المجتمع بمؤسساته قد يلعبون دوراً ايجابياً في التخفيف من حدة الأزمات، أو يكـون لهم دروا معاكساً في ذلك، وفي حالة التصلب اللويحي نجـد أن معظـم المـصابين بالتـصلب اللويحي، يعانون من قلة وضعف التفهم الاجتماعي لهم وخصوصا داخل عائلاتهم وأسرهم.

كما نجد أن الضغوط الاقتصادية احتلت الترتيب الثاني ويمكن تعليل ذلك من عدة زاويا ولعلى من أبرزها أن متطلبات العلاج مكلفة، إلى جانب انخفاض إنتاجية الفرد المصاب، وفـي كثير من الحالات قد يفقد الفرد عمله بسب عدم قدرته على القيام بمتطلبات ذلك العمل مما يسهم في زيادة مستوى الضغوط الاقتصادية عليه.

كما دلت النتائج إلى أن مستوى الاكتئاب لدى عينة المرضى كانـت ضـمن المـستوى الشديد جدا. ويعلل الباحث هذه النتيجة والمتمثلة بارتفاع مستوى الاكتئـاب لـدى المـصابين بالتصلب اللويحي المتعدد من خلال ما توصـل إليـه فاينـشتاين (Feinstein et al., 2007) والذي أشار إلى أن المرضى المصابين بالاكتئاب لديهم نسب أعلـى مـن التلـف الـدماغي واللويحي من أولئك المرضى غير المصابين بالاكتئاب.

أما الضغوط النفسية لدى عينة المرضى بعد ظهور المرض نلاحظ أن جميعها مرتفـع وجاءت من حيث الرتيب (جسمي، مهني، انفعالي، اجتماعي، عقلي، مرضي).

ويعلل الباحث هذه النتيجة بالرغم من عدم وجود دراسات سابقة تناولت هـذه النتيجـة بشكل مباشر، بان المصابين بمرض التصلب اللويحي وخلال الهجمات التي يتعرضـون إليهـا يعجزون عن القيام بأي شي مما يمس بقدرتهم على أداء مهامهم اليومية والحيوية والأساسية، لذا نجد أن الضغوط الناتجة عن وجود المرض تغطي كافة مجالات حياتهم، وتضعف قدرتهم علـى التكيف.

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الثاني والذي ينص على " **هـل توجـد فـروق دالـة إحصائيا عند مستوى الدلالة (α≤ ٠,٠٥) في كل من الحالات الانفعالية ومستوى الاكتئـاب، ومصادر الضغوط النفسية بين المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد وغير المصابين"؟**

حيث أشارت النتائج المرتبطة بهذا السؤال إلى أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية فـي الحالات الانفعالية بين المصابين بمرض التصلب اللويحي فقد تبين أن مستوى كل من الغضب، والخوف، والحزن أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد. أما حالة السرور فقد كانت أعلى لدى عينة غير المرضى.

كما أشارت النتائج إلى إن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في الاكتئاب بين المـصابين بمرض التصلب اللويحي وعينة الأفراد غير المصابين بالتصلب اللويحي، فقد تبين أن مـستوى الاكتئاب أعلى لدى عينة المصابين بمرض التصلب اللويحي مقارنة بعينة غير المصابين بمرض التصلب اللويحي. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اله كل مـن بينـي وأرنيـت Beeney & (Arnett, 2008) واللذان أشار إلى أن كل من الاكتئاب والضغوط يلعبان دوراً لدى مرضـى التصلب اللويحي.

كذلك نلاحظ أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مقيـاس الـضغوط العامـة بـين المصابين بمرض التصلب اللويحي وعينة الأفراد غير المصابين بالتصلب اللـويحي، حيـث أن مستوى الضغوط الأسرية، والاقتصادية، العامة، والاجتماعية كانت أعلى لدى عينـة لمـصابين بمرض التصلب اللويحي مقترنة بعينة غير المرضى.

وتتفق هذه النتيجة مع موهر واخرون (Mohr, et al 2004) والذين أشاروا إلى أن وجود علاقة ثابتة وواضحة بين الأحداث الضاغطة في الحياة على مرض التصلب اللويحي.

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الثالث والذي ينص على: "**ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من اضطراب التصلب اللويحي المتعدد لدى أفراد عينة الدراسة "**

أشارت النتائج إلى انه قيمة ما فسره متغير الضغوط الأسرية فـي متغيـر الإصـابة بمرض التصلب اللويحي بلغ (١٢%)، كما ان قيمه ما يفسره متغير الاكتئـاب مـن الإصـابة بمرض التصلب اللويحي بلغ (١٠%) وأن مجموع ما يفسره هذين المتغيران معا هو (٢٢%).

وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل اليه كل مـن بينـي وأرنيـت ,Beeney & Arnett (2008) واللذان أشار إلى أن كل من الضغوط والاكتئاب يلعبان دوراً لدى مرضى التـصلب اللويحي، كما وتتفق هذه النتيجة مع ما توصل إليه بوزير (Poser, 2004) والذي أشار إلى أن الضغوط النفسية لها إسهام في مرض التصلب اللويحي. كما وتتفق هذه النتيجـة مـع مـوهر وآخرون (Mohr, et. al 2004) والذين أشاروا إلى أن وجود علاقة ثابتـة وواضـحة بـين الأحداث الضاغطة في الحياة على مرض التصلب اللويحي.

ويعلل الباحث هذه النتيجة من خلال ما أثبتته الدراسات بأن الضغوط النفسية والاكتئاب تزيد من احتمالات التعرض لمرض التصلب اللويحي المتعدد وللانتكاسات المرضـية بمقـدار الضعف، حيث أن الضغوطات النفسية المستمرة تؤثر بـشكل سـلبي وملحـوظ علـى جهـاز المناعة(Harte, Heerings, De Keyser, 2008)، مما يقلل من قدرة الجسم على المقاومـة. ومما لا شك فيه أن المرضى المصابين بالتصلب اللويحي يواجهون ضغوطات نفـسية متزايـدة وعديدة مثل عدم معرفة المستقبل والقلق من النوبة (الهجمة) التالية أو التطور التالي للمـرض، واحتمالية حصول تغييرات إدراكية مثل النسيان وعدم القدرة على التركيز. وإذا شعر مـريض التصلب اللويحي بالضغوطات النفسية فقد يعني هذا إحساسه بالوهن والضعف ذلك أن المزيد من طاقة هذا المريض لازمة من أجل التفكير وحل المشكلات والتعامل مع صعوبات الحياة اليومية، وقد يزداد الضغط النفسي عندما يجد المريض أن الآخرين لا يتفهمون المرض ولا الوهن الـذي يصاحبه وخصوصا في المحيط الأسري والاجتماعي. ونلاحظ أن الوهن والـضغوط النفـسية تؤثران على بعضها البعض مما ينتج عنهـا حلقـة مفرغـة يعيـشها المـريض(Multiple Sclerosis, 2001).

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الرابع والذي ينص على: " **ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد الهجمات التي تحدث لدى المصابين في مرض التصلب اللويحي المتعدد.**

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة ما فسره متغير الاكتئاب في متغيـر عـدد الهجمـات لمرضى التصلب اللويحي بلغ (٥%)، لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة في حـدوث الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي.

وتتفق هذه النتيجة جزئيا مع ما توصل إليه هارت وزملاؤه (Hart et. al, 2008) والذين أشاروا إلى أن انخفاض مستوى الاكتئاب قلل من مستوى عدد الهجمات لدى مرضى التصلب اللويحي. ويعلل الباحث هذه النتيجة من خلال ما توصل إليه فاينشتاين (Feinstein et al., 2007) والذي أشار إلى أن المرضى المصابين بالاكتئاب لديهم نسب أعلى من التلف الدماغي واللويحي من أولئك المرضى غير المصابين بالاكتئاب، لذا تبرز أهمية الأخذ بعين الاعتبار العوامل النفسية وخصوصا الاكتئاب عن التنبؤ بمسار المرض.(Stachowiak, 2008).

وفي هذا السياق نجد أن الدراسات ركزت على أن التغيرات في المشاعر والمزاج المرافق لمرض التصلب اللويحي على شكل اكتئاب حيث يشهد ٢٥-٥٠% من المرضى اكتئابا رئيساً في لحظة ما بعد هجمة مرض التصلب اللويحي وهي تزيد بشكل واضح عن نسبة الاكتئاب في المرضى المصابين بأمراض أخرى أو الاضطرابات العصبية الأخرى، والقلق الذي يراود الأطباء من هذه الناحية أن الاكتئاب المرافق للتصلب اللويحي غير مشخص وبالتالي لا يتم علاجه، مما يزيد من احتمالية تفاقم الاكتئاب لديهم (Martz, Livneh, Wright, 2007).

مناقشة النتائج المرتبطة بالسؤال الخامس والذي ينص على: "**ما نسبة ما تفسره متغيرات الحالات الانفعالية، ومستوى الاكتئاب، ومصادر الضغوط النفسية من عدد سنوات الإصابة بمرض التصلب اللويحي**".

حيث أشارت النتائج إلى أن قيمة ما فسره متغير الاكتئاب في متغير عدد سنوات الإصابة بمرضى التصلب اللويحي بلغ (٦%) لذا يعد متغير الاكتئاب من العوامل المساهمة في استمرارية الهجمات المرضية لدى المصابين بالتصلب اللويحي. ويعلل الباحث هذه النتيجة بأن استمرار الهجمات ولفترات زمنية يسهم في الحفاظ على مستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد.

ثانياً: التوصيات

- ضرورة تدريب المصابين بمرض التصلب اللويحي على استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، مثل التأمل والاسترخاء، واعادة البناء المعرفي، والتحصين ضد الضغوط.

- اهمية ادخال برنامج علاج نفسي موازي للعلاج الدوائي، بهدف التخفيف من مستوى وشدة الاكتئاب لدى المرضى المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد.

- اهمية ادخال برامج توعوية قائمة على اسس التدخل المجتمعي، بهدف تحسين النظرة المجتمعية نحو المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد.

- اجراء مزيد من الدراسات حول فاعلية برامج التدخل النفسية في التقليل من شدة، وتكرار الهجمات لدى المصابين بمرض التصلب اللويحي المتعدد.

- عقد ورشات عمل للعاملين مع مرضى التصلب اللويحي المتعدد، تركيز على دور العوامل النفسية في استمرار الهجمات وشدتها.

قائمة المراجع:

أ. المراجع باللغة العربية:

إبراهيم، عبد الستار (١٩٩٨)، الاكتئاب، اضطراب العصر الحديث – فهمه وأساليب علاجـه، **مجلة عالم المعرفة،** العدد (٢٣٩)، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.

أسعد، يوسف ميخائيل (١٩٩٠)، **سيكولوجية الخوف،** نهضة مصر، القاهرة.

بريك، وسام ودرويش، فوزي داود (٢٠٠٨). **علم النفس الصحي،** عمان: دار الحامـد للنـشر والتوزيع.

بني يونس، محمد (٢٠٠٢)، **علم النفس الفيسيولوجي،** عمّان: دار وائل للنشر والتوزيع.

بني يونس، محمد (٢٠٠٨)، **الأسس الفيسيولوجية للـسلوك،** عمّـان: دار الـشروق للنـشر والتوزيع.

بني يونس، محمد محمود (٢٠٠٩). **سيكولوجيا الدافعية والانفعالات،** عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

حسين، طه عبد العظيم وحسين، سلامة عبد العظـيم (٢٠٠٦)، **اسـتراتيجيات إدارة الـضغوط التربوية والنفسية.** عمان: دار الفكر.

دخان، نبيل كامل والحجار، بشير إبراهيم (٢٠٠٦)، الضغوط النفسية لـدى طـلاب الجامعـة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية، مجلة الجامعة الإسـلامية **(سلـسلة الدراسـات الإنسانية)،** ١٤(٢)، ص ص ٣٧٩-٣٩٨

السيد، عبيد وماجد، بهاء الدين (٢٠٠٨)، **الضغط النفسي ومـشكلاته وأثـره علـى الـصحة النفسية،** عمان:دار صفاء للنشر والتوزيع.

كمال، علي (١٩٨٨)، **النفس (انفعالاتها وأمراضها وعلاجها)،** (ط٤). بغداد: دار واسط للدراسات والنشر والتوزيع.

الكندري، احمد محمد مبارك (٢٠٠٥)، **سيكولوجية المخاوف،** ط١، عمان: دار حنين.

ياسين، حمدي، (١٩٩١)، اتجاهات الطلاب وأساتذتهم نحو الجامعة في ضوء الضغوط النفسية، رؤية سيكومترية تحليلية. **مجلة كليّة التربية.** جامعة القاهرة، ص٢٤٢.

ب.المراجع باللغة الإنجليزية:

Balcer LJ, Galetta SL, Calabresi PA, Confavreux C, Giovannoni G, Havrdova E, et al. Natalizumab reduces visual loss in patients with relapsing multiple sclerosis. **Neurology.** 2007 Apr 17;68(16):1299-304.

Beeney J, Arnett PA, (2008). Stress and memory bias interact to predict depression in multiple sclerosis, **Neuropsychology,** 22 (1), pp. 118-26.

Beiske, A. G., Svensson, E., Sandanger, I., Czujko, B., Pedersen, D., Aarseth, H., Myhr, M., (2008). Depression and anxiety amongst multiple sclerosis patients, **European Journal of Neurology,** 15 (3), p239-245.

Billings, D., Folkman, S., Acree, M., & Moskowits, J., (2000). Copying and Physical Health During Care-Giving: The Roles of Positive and Negative Affect. **Journal of Personality and Social Psychology,** 79, 131-142.

Blonna, R., (2000). **Coping with Stress in Changing World.** (2nd ed.). Boston: McGraw-Hill Companies.

Boggild M. .**Rationale and experience with combination therapies in multiple sclerosis**. J Neurol. 2006 Nov;253 Suppl 6:vi45-vi51.

Bras M., Gregurek R., Milunović V., Busić I., Brajković L., (2008). Relationship between combat related posttraumatic stress disorder (PTSD) and multiple sclerosis (MS). **Psychiatria Danubina,** 20 (1), pp. 80-4

Carlson, N.R (2004). **Physiology of Behavior,** (8th edition), Allyn and Bacon.

Centonze D, Koch G, Versace V, Mori F, Rossi S, Brusa L, et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation of the motor cortex

ameliorates spasticity in multiple sclerosis, **Neurology**, 2007 Mar 27;68(13):1045-50.

Cheng, C., & Lan, S. (2000), Perceptual Style and Behavioral Pattern of Individuals with Functional Gastrointestinal Disorders, **Health Psychology,** 19, 14-154.

Correale J, Fiol M, Gilmore W. (2006). The risk of relapses in multiple sclerosis during systemic infections, **Neurology,** Aug 22;67(4):652-9. Epub 2006 Jul 26.

Catanzaro, D.A. (1999). **Motivation and Emotion: Evolutionary, Physiological, Developmental, and Social Perspectives**. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall (Pearson)

Diamond, J., Johnson, K., Kaufman, M., Graves, L., (2008). Relationships between information processing, depression, **fatigue and cognition in multiple sclerosis,** Vol. 23 Issue 2, p189-199.

Duru, Erdinc&Poyrazl, Sene (2007). Personality Dimensions, Psychosocial-Demographic Variables, and English Language Competency in Predicting Level of Acculturative Stress Among Turkish International Students, **International Journal of Stress Management,** 14(1), pp 99-110.

Elizabeth D. Kirby, Virginia P. Williams, Matthew C. Hocking, , James D. Lane, and Redford. Williams, (2006). Psychosocial Benefits of Three Formats of a Standardized Behavioral Stress Management Program, **Psychosomatic Medicine,** 68:816-823.

Endler, S., & Parker, D., (1990). State and Trait Anxiety, Depression and Copying Styles. **Australian Journal of Psychology,** 42, 207-220.

Faraone, S., Kremen, W., & Tsuang, M. (1990), Genetic Transmission of Major Affective Disorders: Quantitative Models and Linkage Analyses, **Psychological Bullein,** 108, 109-127.

Fauman, M. (1994). **Study Guide to DSM-IV,** Washington, D. S.: American Psychiatric Press, Inc.

Feinstein, A. , Roy, P., Lobaugh, N., Feinstein, K., O'Connor, P., Black, S., (2007). Structural brain abnormalities in multiple sclerosis patients with major depression, **Neurology,** 62:586-590

Foa, E. B & Kozak, M. J (1999) Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information, **Psychological Bulletin,** 99: 20-35.

Harte S., Vella L., Mohr D., (2008). Relationships among depressive symptoms, benef it-finding, optimism, and positive affect in multiple sclerosis patients after psychotherapy for depression, **Health Psychology,** 27 (2), pp230-8.

Hensiek AE, Seaman SR, Barcellos LF, Oturai A, Eraksoi M, Cocco E, et al. (2007). Familial effects on the clinical course of multiple sclerosis. **Neurology,** 2007 Jan 30;68(5):376-83.

Hillman, C, Rosengren, C, Smith, D(2004) Emotion and motivated behavior: postural adjustments to affective picture viewing, **Biological Psychology,** 66 (2004) 51–62

Holahan, J., & Moos, R., (1994). Life Stressors and Mental Health: Advances I Conceptualizing Stress Resistance. In: W. R. Avison, & I. H. Gotlib (Eds.), **Stress and Mental Health**: Contemporary Issues an Prospects for the Future (pp.213-238). New York: Plenum.

Holmes, D. (1994), **Abnormal Psychology,** New York: Harper Collins College.

Huang, I. K. (2001). Psychosomatic Medicine and Stress Reduction. **(Online: www.Yanxingong.bc.ca).**

Kappos L, Antel J, Comi G, Montalban X, O'Connor P, Polman CH, et al. (2006). **Oral fingolimod (FTY720) for relapsing multiple sclerosis**. N Engl J Med. 2006 Sep 14;355(11):1124-40.

Koch, M., Uyttenboogaart, M., van Harten, A., Heerings, M., De Keyser, J., (2008) Fatigue, **Depression and Progression in Multiple Sclerosis,** Vol. 14, No. 6, 815-822.

Lazarus, S., (1986). Stress Processes and Depressive Symptomatology. **Journal of Abnormal Psychology,** 95, 107-113.

Ley, R. (1989)Dyspneic-fear and Catastrophic Cognitions in Hyperventilatory Panic Attacks, **Behaviour Research and Therapy,** 27: 549-54.

Lindsay, S.J. E & Jackson. C. (1993). The Fear of Dental Tretment in Adults: its Nature and Management, **Psychology and Health,** 8: 135-54.

Martin, R., Poon, L., & Fulks, J., (1992). Personality, Life Events and Coping in the Oldest-Old. **International Journal of Aging and Human Development.** 34(1), 19-30.

Meyer, T.J. Miller, M, L Metzger, R, L. and Borkoves, T. D., (1990) Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire, **Behavior Research and Therapy**, 28: 486.

Mohr, David C., Hart, Stacey, L., Julian, Laura, Cox, Darcy, Pelletier, Daniel, (2004), **Association between stressful life events and exacerbation in multiple sclerosis**: a meta-analysis, BMJ ;328:731 , doi:10.1136/bmj.38041.724421.55 (published 19 March 2004).

Mosh, Z. (1992). Sources of Academic Stress: The Cs of the First Year Jewish and Arab College Students in Israel. **Higher Education,** 24, 25-40.

Multiple Sclerosis. (2001). Retrieved July 3, 2001. from: **health.yahoo.com/ health/ Diseases_and_Condi tions/ Diseases_Feed_Da ta/ Multiple_ Sclerosis.**

Munger KL, Levin LI, Hollis BW, Howard NS, Ascherio A. Serum 25-hydroxyvitamin D levels and risk of multiple sclerosis. **JAMA.** 2006 Dec 20;296(23):2832-8.

Myers, L., (1996). The attribution style of repressive individuals. **Journal of Social Psychology,** 136, 127-128.

Rippere, V. (1994), Depression, In S. J. E. Lindsay, & G. E. Powell (Eds.), **The Handbook of Clinical Adult Psychology,** London & New York: Routledge.

Sicotte NL, Giesser BS, Tandon V, Klutch R, Steiner B, Drain AE, et al. Testosterone treatment in multiple sclerosis: a pilot study. **Arch Neurol.** 2007 May;64:683-688.

Speck, Bruce (1993). **Defining Stress As ethical Conflict, Bulletin**, of The Association For Bussiness Communication. 56(1), 34-37.

Vahter, L., Kreegipuu, M., Talvik, T. Gross-Paju, K., (2007). One question as a screening instrument for depression in people with multiple sclerosis, **Clinical Rehabilitation,** Vol. 21, No. 5, 460-464.

WHO, (2002). World Health Report: Reducing risks, **Promoting Healthy Life.** Geneva: World Health Organization.

Wolinsky JS, Narayana PA, O'Connor P, Coyle PK, Ford C, Johnson K, et al. Glatiramer acetate in primary progressive multiple sclerosis: results of a multinational, multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. **Ann Neurol.** 2007 Jan;61(1):14-24.

الملاحق

الملحق ١. مقياس الحالات الانفعالية

تحية طيبة وبعد ،،،

فيما يأتي عدد من العبارات، بواقع (٤٦) عبارة، يفترض أنها تكشف عن أربـع حـالات إنفعالية، يشعر بها الفرد في اللحظة الحالية، وهي **(السرور، الغضب، الحزن، الخـوف)**، وإزاء كل عبارة يوجد تدرج لفظي رباعي، وهو " نعم بالتأكيد " وتُعطى أربع علامات، "نعم الى حد ما " وتُعطى ثلاث علامات، " ولا الى حد ما " وتُعطى علامة واحدة ، و"لا أبداً " وتعطـى صـفر علامة.

راجياً منكم اختيار أحد البدائل الأربعة التي تنطبق عليكم تماماً، علماً بأن الإجابات ستعامل بمنتهى السرية، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحث

صدام موسى الكراسنة

رقم العبارة	مضمون العبارة	تدريج البدائل			
		نعم بالتأكيد	نعم الى حد ما	لا الى حد ما	لا أبداً
١	أخاف من المشي ليلاً في اي مكان مخيف.				
٢	يتعكر مزاجي عندما أكون مهموماً.				
٣	عادةً ما يكون مزاجي مرحاً.				
٤	أخاف من المشي في شارعٍ مظلمٍ ومهجور.				
٥	أشعر بالخوف عند الوقوف على مكان مرتفع والنظر منه إلى أسفل				
٦	أشعر بالفشل، وخيبة الأمل، وعدم الرضا عن نفسي.				
٧	أغضب عندما يسخر مني شخص ما مازحاً.				
٨	أشعر بالاستياء عندما لا تتحقق مطالبي.				
٩	أدخل البهجة إلى قلوب المحيطين بي بسهولة.				
١٠	أنا شخص غير واثق من نفسي.				
١١	أشعر بالاستياء من ظروف حياتي المعيشية.				
١٢	أخاف من العروض المخيفة في السينما.				
١٣	أرغب بمخاصمة ومجادلة الآخرين.				
١٤	تتميز شخصيتي بالمرح.				
١٥	أنا شخص جبان.				
١٦	تستفزني المعيقات البسيطة التي تعترضني في عملي.				
١٧	أشعر بالخوف عند مقابلة مسؤول رفيع المستوى.				
١٨	أشارك بنشاط في إظهار أجواء السعادة لدى جماعتي.				
١٩	من السهل استثارة غضبي.				
٢٠	أنا شخص حزين.				
٢١	يغلب على مزاجي طابع الحزن والكآبة.				
٢٢	أشعر بالسعادة لما حققته في حياتي.				
٢٣	أخاف من الظلمة في مكان مهجور.				
٢٤	أعتبر نفسي شخصاً سعيداً.				
٢٥	أستسلم للأفكار الحزينة.				

رقم العبارة	مضمون العبارة	نعم بالتأكيد	نعم الى حد ما	لا الى حد ما	لا أبداً
٢٦	ينتابني شعور غير مريح في المصعد أو في النفق.				
٢٧	أصاب باليأس عندما أفشل.				
٢٨	أنا شخص متفائل.				
٢٩	احزن عندما استمع للمشكلات الحزينة عند الآخرين.				
٣٠	أشعر بالخوف عندما أتحدث مع أشخاص لا أعرفهم سابقاً.				
٣١	أنا شخص سريع الغضب.				
٣٢	أغضب، عندما أكون متعجلاً ويعترضني شخص ما.				
٣٣	أصرخ في وجه من يصرخ في وجهي.				
٣٤	أشعر بالخوف، عند سماعي لصوت رعد قوي.				
٣٥	أغضب عندما أهزم في نقاشٍ ما.				
٣٦	أشعر بالسعادة، عندما أجد حلاً لمشكلة تواجهني.				
٣٧	الأحزان والمصائب أكثر من البهجة والفرح في حياتي.				
٣٨	أشعر بالتشاؤم نحو مستقبلي.				
٣٩	أشعر بالتشاؤم عندما تعترضني صعوبات بسيطة تعيق تحقيق رغباتي.				
٤٠	أشعر بالسرور عندما أكون مع أصدقائي.				
٤١	أشعر بالحرمان بسهولة.				
٤٢	أغضب إذا لم يتفهمني صديق قريب مني.				
٤٣	عادة ما يكون مزاجي مرحاً وسعيداً في الصباح.				
٤٤	أغضب بشدة، وأحتاج لفترة طويلة حتى أهدأ.				
٤٥	أخاف من ممارسة أي نوع من أنواع الرياضة الخطرة.				
٤٦	أشعر بالخوف عند ذهابي إلى طبيب الأسنان، أو حقني بأبرة.				

الملحق ٢. مقياس مستويات الاكتئاب

تحية طيبة وبعد ،،،

فيما يأتي مجموعة من المواقف الحياتية التي يتعرض إليها الفرد في اللحظـة الحاليـة، بواقع (٤٤) مجموعة، في كل مجموعة أربعة مواقف حياتية، يفترض أنها تكشف عن مستويات الاكتئاب.

راجياً منكم اختيار أحد البدائل الأربعة التي تنطبق عليكم تماماً، علمـاً بـأن الإجابـات ستعامل بمنتهى السرية، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

مثال توضيحي:

١.صفر.مزاجي حزين الآن، ولكنه ليس أكثر من المعتاد.
١,١.مزاجي حزين الآن، أكثر من المعتاد بقليل.
٢,١.مزاجي حزين الآن، أكثر من المعتاد بكثير.
٣,١.مزاجي حزين الآن، أكثر من المعتاد بكثير جداً.

البديل المختار هو مزاجي حزين الآن، أكثر من المعتاد بكثير.

الباحث

صدام موسى الكراسنة

رقم المجموعة	ضع دائرة حول العبارة التي تنطبق عليك في كل مجموعة
	مضمون العبارات المعبرة عن مستوى الاكتئاب
١	١.صفر.مزاجي غير حزين كالمعتاد. ١,١.مزاجي حزين، أكثر من المعتاد بقليل. ٢,١.مزاجي حزين، أكثر من المعتاد بكثير. ٣,١.مزاجي حزين، أكثر من المعتاد بكثير جداً.
٢	٢.صفر.أشعر بعدم وجود مزاج كئيب عندي. ١,٢.أحياناً، أشعر بوجود مزاج كئيب عندي. ٢,٢.غالباً، ما أشعر بوجود مزاج كئيب عندي. ٣,٢.دائماً، أشعر بوجود مزاج كئيب عندي.
٣	٣.صفر.لا ينتابني أبداً الشعور بالتعب، اذا لم يكن هناك سبب هام جداً لذلك. ١,٣. أحياناً، ينتابني الشعور بالتعب، وبدون وجود سبب هام جداً لذلك. ٢,٣. غالباً، ما ينتابني الشعور بالتعب، وبدون وجود سبب هام جداً لذلك. ٣,٣. دائماً، ينتابني الشعور بالتعب، وبدون وجود سبب هام جداً لذلك.
٤	٤.صفر. لا ينتابني الشعور بأن حياتي تسير في نفق مظلمٍ. ١,٤. أحياناً، ينتابني الشعور بأن حياتي تسير في نفق مظلمٍ. ٢,٤. غالباً، ما ينتابني الشعور بأن حياتي تسير في نفق مظلمٍ. ٣,٤. دائماً، ينتابني الشعور بأن حياتي تسير في نفق مظلمٍ.
٥	٥.صفر.لا ينتابني الشعور بأنني قد تقدمت في العمر. ١,٥. أحياناً، ينتابني الشعور بأنني قد تقدمت في العمر. ٢,٥. غالباً، ما ينتابني الشعور بأنني قد تقدمت في العمر. ٣,٥. دائماً، ينتابني الشعور بأنني قد تقدمت في العمر.
٦	٦.صفر.لا أشعر بأنني مهموم. ١,٦. أحياناً، أشعر بأنني مهموم. ٢,٦. غالباً ما أشعر بأنني مهموم. ٣,٦. دائماً، أشعر بأنني مهموم.
٧	٧.صفر.أنا مرتاح البال بالنسبة لمستقبلي كالمعتاد. ١,٧.أنا قلق على مستقبلي أكثر من المعتاد بقليل. ٢,٧. أنا قلق على مستقبلي أكثر من المعتاد بكثير. ٣,٧. أنا قلق على مستقبلي أكثر من المعتاد بكثير جداً.
٨	٨.صفر.أتذكر الخبرات السيئة التي مررت بها في الماضي من حياتي كالمعتاد. ١,٨. أتذكر الخبرات السيئة التي مررت بها في الماضي من حياتي أكثر من المعتاد بقليل. ٢,٨. أتذكر الخبرات السيئة التي مررت بها في الماضي من حياتي أكثر من المعتاد بكثير. ٣,٨. أتذكر الخبرات السيئة التي مررت بها في الماضي من حياتي أكثر من المعتاد بكثير جداً.
٩	٩.صفر. أملي في التحسن للأفضل كالمعتاد. ١,٩. مثل هذه الآمال في التحسن للأفضل عندي أقل من المعتاد بقليل.

	٢,٩. مثل هذه الآمال في التحسن للأفضل عندي أقل من المعتاد بكثير. ٣,٩. مثل هذه الآمال في التحسن للأفضل عندي أقل من المعتاد بكثير جداً.
١٠	١٠.صفر. أنا اخاف كالمعتاد. ١,١٠. أنا اخاف أكثر من المعتاد بقليل. ٢,١٠. أنا اخاف أكثر من المعتاد بكثير. ٣,١٠. أنا اخاف أكثر من المعتاد بكثير جداً.
١١	١١.صفر.تسرني الاشياء الجميلة كالمعتاد. ١,١١.تسرني الاشياء الحسنة أقل من المعتاد بقليل. ٢,١١.تسرني الاشياء الحسنة أقل من المعتاد بكثير. ٣,١١. تسرني الاشياء الحسنة أقل من المعتاد بكثير جداً.
١٢	١٢.صفر.لا أشعر أبداً بأن حياتي عديمة المعنى. ١,١٢.احياناً أشعر بأن حياتي عديمة المعنى. ٢,١٢.غالباً ما أشعر بأن حياتي عديمة المعنى. ٣,١٢.دائماً أشعر بأن حياتي عديمة المعنى.
١٣	١٣.صفر. أنا شخص سريع التأثر بالإساءة، ولكن ليس اكثر من المعتاد. ١,١٣.قد أكون شخص سريع التأثر بالإساءة، اكثر من المعتاد بقليل. ٢,١٣. أنا شخص سريع التأثر بالإساءة، اكثر من المعتاد بكثير. ٣,١٣. أنا شخص سريع التأثر بالإساءة، اكثر من المعتاد بكثير جداً.
١٤	١٤.صفر. أستمتع بكل ما هو ممتع كالمعتاد. ١,١٤. أستمتع بكل ما هو ممتع أقل من المعتاد بقليل. ٢,١٤. أستمتع بكل ما هو ممتع أقل من المعتاد بكثير. ٣,١٤. أستمتع بكل ما هو ممتع أقل من المعتاد بكثير جداً.
١٥	١٥.صفر. لا أشعر بالذنب كالمعتاد اذا لم يوجد سبب لذلك. ١,١٥. أحياناً أشعر بأنني مذنب في شيء ما. ٢,١٥. غالباً ما أشعر بأنني مذنب في شيء ما. ٣,١٥. دائماً أشعر بأنني مذنب في شيء ما.
١٦	١٦.صفر.عندما تكون الأمور عندي على غير ما يرام، فأنني أبداً بتأنيب ضميري كالمعتاد. ١,١٦. عندما تكون الأمور عندي على غير ما يرام، فأنني أبدأ بتأنيب ضميري اكثر من المعتاد بقليل. ٢,١٦. عندما تكون الأمور عندي على غير ما يرام، فأنني أبدأ بتأنيب ضميري اكثر من المعتاد بكثير. ٣,١٦. عندما تكون الأمور عندي على غير ما يرام، فأنني أبدأ بتأنيب ضميري اكثر من المعتاد بكثير جداً.
١٧	١٧.صفر.لا اكره نفسي كالمعتاد. ١,١٧.أحياناً اكره نفسي. ٢,١٧.غالباً ما اكره نفسي. ٣,١٧.دائماً اكره نفسي.

١٨	١٨.صفر. لا يوجد عندي شعور بأنني غارق في الذنوب. ١,١٨.أحياناً يوجد عندي شعور بأنني غارق في الذنوب. ٢,١٨.غالباً ما يوجد عندي شعور بأنني غارق في الذنوب. ٣,١٨.دائماً يوجد عندي شعور بأنني غارق في الذنوب.

١٩	١٩.صفر. ألوم نفسي على الإساءة للاخرين كالمعتاد. ١,١٩. ألوم نفسي على الإساءة للاخرين اكثر من المعتاد بقليل. ٢,١٩. ألوم نفسي على الإساءة للاخرين اكثر من المعتاد بكثير. ٣,١٩. ألوم نفسي على الإساءة للاخرين اكثر من المعتاد بكثير جداً.
٢٠	٢٠.صفر.لا تبدو الأوضاع المحيطة بي بدون معنى كالمعتاد. ١,٢٠. أحياناً تبدو الأوضاع المحيطة بي بدون معنى. ٢,٢٠.غالباً ما تبدو الأوضاع المحيطة بي بدون معنى. ٣,٢٠.دائماً تبدو الأوضاع المحيطة بي بدون معنى..
٢١	٢١.صفر.أنا لا أشعر بأنني استحق العقاب. ١,٢١.أحياناً أشعر بأنني استحق العقاب. ٢,٢١. غالباً ما أشعر بأنني استحق العقاب. ٣,٢١.دائماً أشعر بأنني استحق العقاب.
٢٢	٢٢.صفر.ايجابياتي كالمعتاد. ١,٢٢. ايجابياتي اقل من المعتاد بقليل. ٢,٢٢. ايجابياتي اقل من المعتاد بكثير. ٣,٢٢. ايجابياتي اقل من المعتاد بكثير جداً.
٢٣	٢٣.صفر. أعتقد أن ما عندي من مساوئ ليس اكثر مما لدى الآخرين. ١,٢٣.أحياناً أعتقد أن ما عندي من مساوئ اكثر مما لدى الاخرين. ٢,٢٣. غالباً ما أعتقد أن ما عندي من مساوئ اكثر مما لدى الاخرين. ٣,٢٣.دائماً أعتقد أن ما عندي من مساوئ اكثر مما لدى الاخرين.
٢٤	٢٤.صفر.لا توجد عندي رغبة في الموت. ١,٢٤.احياناً توجد عندي رغبة في الموت. ٢,٢٤.غالباً ما توجد عندي رغبة في الموت. ٣,٢٤.دائماً توجد عندي رغبة في الموت.
٢٥	٢٥.صفر. أنا لا أبكي. ١,٢٥.أحياناً ما أبكي. ٢,٢٥.غالباً ما أبكي. ٣,٢٥.دئماً انا أبكي.
٢٦	٢٦.صفر.أنا لا أشعر بأنني سريع الغضب. ١,٢٦.أشعر بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد بقليل. ٢,٢٦.أشعر بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد بكثير. ٣,٢٦.أشعر بأنني سريع الغضب أكثر من المعتاد بكثير جداً.

٢٧	٢٧.صفر.أشعر بأحاسيسي ومشاعري كالمعتاد. ١,٢٧.أحياناً لا أشعر بأحاسيسي ومشاعري. ٢,٢٧.غالباً لا أشعر بأحاسيسي ومشاعري. ٣,٢٧.دائماً لا أشعر بأحاسيسي ومشاعري.
٢٨	٢٨.صفر.أشعر بأن تفكيري واضح. ١,٢٨.احياناً أشعر بأن تفكيري غير واضح. ٢,٢٨.غالباً ما أشعر بأن تفكيري غير واضح.

	٣,٢٨.دائماً أشعر بأن تفكيري غير واضح..
٢٩	٢٩.صفر.اهتمامي بالآخرين كالمعتاد. ١,٢٩.اهتمامي بالآخرين اقل من المعتاد بقليل. ٢,٢٩.اهتمامي بالآخرين اقل من المعتاد بكثير. ٣,٢٩.اهتمامي بالآخرين اقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٠	٣٠.صفر.أتخذ قراراتي كالمعتاد. ١,٣٠.أتخذ قراراتي بصعوبة اكثر من المعتاد بقليل. ٢,٣٠. أتخذ قراراتي بصعوبة اكثر من المعتاد بكثير. ٣,٣٠. أتخذ قراراتي بصعوبة اكثر من المعتاد بكثير جداً.
٣١	٣١.صفر.جاذبيتي الجسمية كالمعتاد. ١,٣١.جاذبيتي الجسمية أقل من المعتاد بقليل. ٢,٣١.جاذبيتي الجسمية أقل من المعتاد بكثير. ٣,٣١. جاذبيتي الجسمية أقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٢	٣٢.صفر.أعمل كالمعتاد. ١,٣٢. أعمل أقل من المعتاد بقليل. ٢,٣٣. أعمل أقل من المعتاد بكثير. ٣,٣٢. أعمل أقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٣	٣٣.صفر. أنام كالمعتاد. ١,٣٣. أنام أسوأ من المعتاد بقليل. ٢,٣٣. أنام أسوأ من المعتاد بكثير. ٣,٣٣. أنام أسوأ من كالمعتاد بكثير جداً.
٣٤	٣٤.صفر. أتعب كالمعتاد. ١,٣٤. أتعب أكثر من المعتاد بقليل. ٢,٣٤. أتعب أكثر من المعتاد بكثير. ٣,٣٤. أتعب أكثر من المعتاد بكثير جداً.
٣٥	٣٥.صفر. شهيتي كالمعتاد. ١,٣٥.شهيتي أسوأ من المعتاد بقليل. ٢,٣٥.شهيتي أسوأ من المعتاد بكثير. ٣,٣٥.شهيتي أسوأ من المعتاد بكثير جداً.

٣٦	٣٦.صفر.وزني ثابت كالمعتاد. ١,٣٦.انخفض وزني اقل من المعتاد بقليل. ٢,٣٦. انخفض وزني اقل من المعتاد بكثير. ٣,٣٦.انخفض وزني اقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٧	٣٧.صفر.احترم أصدقائي كالمعتاد. ١,٣٧. احترم أصدقائي اقل من المعتاد بقليل. ٢,٣٧. احترم أصدقائي اقل من المعتاد بكثير. ٣,٣٧. احترم أصدقائي اقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٨	٣٨.صفر. أهتم بالجنس كالمعتاد. ١,٣٨.اهتمامي بالجنس اقل من المعتاد بقليل.

	٢,٣٨. اهتمامي بالجنس اقل من المعتاد بكثير. ٣,٣٨. اهتمامي بالجنس اقل من المعتاد بكثير جداً.
٣٩	٣٩.صفر.لا أشعر بحدوث تغير في نفسيتي كالمعتاد. ١,٣٩.حالياً أشعر بحدوث تغير قليل في نفسيتي. ٢,٣٩. حالياً أشعر بحدوث تغير كبير في نفسيتي. ٣,٣٩. حالياً أشعر بحدوث تغير كبير جداً في نفسيتي.
٤٠	٤٠.صفر.في حالة تعرضي لمرضٍ ما فأنني أشعر بالألم كالمعتاد. ١,٤٠. في حالة تعرضي لمرضٍ ما فأنني أشعر بالألم بدرجة أقل من المعتاد بقليل. ٢,٤٠. في حالة تعرضي لمرضٍ ما فأنني أشعر بالألم بدرجة أقل من المعتاد بكثير. ٣,٤٠. في حالة تعرضي لمرضٍ ما فأنني أشعر بالألم بدرجة أقل من المعتاد بكثير جداً.
٤١	٤١.صفر.تنتابني بعض الاضطرابات (كجفاف الفم، وضربات القلب، والإمساك، والاختناق) كالمعتاد. ١,٤١.مثل هذه الاضطرابات، تنتابني أكثر من المعتاد بقليل. ٢,٤١.مثل هذه الاضطرابات، تنتابني أكثر من المعتاد بكثير. ٣,٤١. مثل هذه الاضطرابات، تنتابني أكثر من المعتاد بكثير جداً.
٤٢	٤٢.صفر.مزاجي في الصباح، كما هو في الليل كالمعتاد. ١,٤٢.مزاجي في الصباح أسوأ مما هو في الليل بقليل. ٢,٤٢.مزاجي في الصباح أسوأ مما هو في الليل بكثير. ٣,٤٢. مزاجي في الصباح أسوأ مما هو في الليل بكثير جداً.
٤٣	٤٣.صفر.لا يتعكر مزاجي ابداً في فصلي الخريف والربيع. ١,٤٣.يتعكر مزاجي في فصلي الخريف والربيع لمرة واحدة. ٢,٤٣.يتعكر مزاجي في فصلي الخريف والربيع مرتين أو ثلاث مرات. ٣,٤٣.يتعكر مزاجي مرات عديدة في فصلي الخريف والربيع.
٤٤	٤٤.صفر.يتعكر مزاجي للحظة قصيرة جداً كالمعتاد. ١,٤٤.يتعكر مزاجي لمدة اطول من المعتاد تتراوح بين اسبوع الى شهر. ٢,٤٤.يتعكر مزاجي لمدة اطول من المعتاد لعدة شهور. ٣,٤٤.يتعكر مزاجي لمدة اطول من المعتاد وتبلغ سنة فأكثر.

الملحق ٣. مقياس أحداث الحياة الضاغطة

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث بدراسة بعنوان **(الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئاب ومصادر الضغط النفسي لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن)**. وفيما يأتي عدد من العبارات، بواقع (٢٨) عبارة، يفترض أنها تكشف عن الضغوط النفسية الحياتية، وإزاء كل عبارة يوجد تدرج لفظي خماسي وهو (**بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة ضعيفة، بدرجة ضعيفة جداً**) .

راجياً منكم اختيار أحد البدائل الخمسة التي تنطبق عليكم تماماً والتي تعبر عن درجة الضغط النفسي لكل عبارة، علماً بأن الإجابات ستعامل بمنتهى السرية، وستكون لأغراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

<u>المعلومات الشخصية:</u>

الجنس: ○ذكر ○أنثى

العمر: ○ أقل من عشر ○من ٢٠-٣٠ ○من ٣٠-٤٠ ○اكثر من ٤٠

الحالة الاجتماعية: ○متزوج ○ أعزب ○مطلق ○ أرمل

المستوى التعليمي: ○أمي ○اقل من ثانوية عامة ○دبلوم ○بكالوريوس ○دراسات عليا

المهنة: ○قطاع عام ○قطاع خاص

الدخل الشهري: ○اقل من ١٠٠ دينار ○من ١٠٠-٣٠٠ ○ من ٣٠٠-٥٠٠ ○اكثر من ٥٠٠

- التاريخ المرضي : .... سنة
- عدد الهجمات : .... هجمة
- شدة الحالة: ○ ضعيفة ○ متوسطة ○شديدة

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	بدرجة ضعيفة جداً
١	غياب أحد أفراد الأسرة (زواج، سجن، سفر،الخ).					
٢	كثرة الأعباء والالتزامات المالية.					
٣	كثرة الأعمال المنزلية.					
٤	اختلاف وجهات النظر مع الآخرين.					
٥	وفاة أحد أفراد الأسرة أو المقربين.					
٦	غلاء المعيشة وتدني مستوى الدخل.					
٧	وجود أمراض مزمنة.					
٨	مشكلات في العلاقات الحميمة (العاطفية).					
٩	العيش داخل أسرة ممتدة (العم، الخال، الجد............الخ).					
١٠	مرض أحد أفراد الأسرة أو تعرضه لحادث.					
١١	الخوف من المستقبل بسبب انخفاض الدخل.					
١٢	ضعف القدرة على تنظيم وإدارة الوقت.					
١٣	صعوبات في تشكيل صداقات مع نفس الجنس.					
١٤	طلاق في الأسرة.					
١٥	خسارة أو فقدان علاقات مهمة (حب، صداقة، علاقة إجتماعية، ....الخ)					
١٦	خلافات أسرية.					
١٧	ضيق الوقت للإلتقاء والاستمتاع مع الأسرة.					
١٨	ضغوط المواصلات.					
١٩	الفشل في الدراسة.					
٢٠	انخفاض مستوى الجاذبية الجسمية.					
٢١	قلة عدد ساعات النوم.					
٢٢	صعوبات في تشكيل صداقات مع الجنس الآخر.					
٢٣	تدخل الأهل في الشؤون الشخصية.					
٢٤	جمود العادات والتقاليد الاجتماعية.					
٢٥	كثرة عدد أفراد الأسرة.					
٢٦	قلة فرص العمل المتوفرة.					
٢٧	المشاكل مع الجيران والأصدقاء.					
٢٨	عدم توفر الفرص للحصول على التعليم المناسب.					

الملحق ٤. مقياس الضغوط النفسية بعد المرض

تحية طيبة وبعد ،،،

يقوم الباحث بدراسة بعنوان **(الحالات الانفعالية السائدة ومستوى الإكتئـاب ومـصادر الضغط النفسي لدى عينة من الأفراد المصابين بالتصلب اللويحي المتعدد في الأردن).**

وفيما يأتي عدد من العبارات، بواقع (٤٠) عبارة، يفترض أنها تكشف عـن الـضغوط النفسية المرتبطة بمرض التصلب اللويحي المتعدد، وإزاء كل عبارة يوجد تدرج لفظي خماسي وهو (**بدرجة كبيرة جداً، بدرجة كبيرة، بدرجة متوسطة، بدرجة ضعيفة، بدرجة ضعيفة جداً**) .

راجياً منكم اختيار أحد البدائل الخمسة التي تنطبق عليكم تماماً والتي تعبر عن درجـة الضغط المرتبطة بكل عبارة، علماً بأن الإجابات ستعامل بمنتهى السرية، وسـتكون لأغـراض البحث العلمي فقط.

شاكرين لكم حسن تعاونكم

الباحث

صدام موسى الكراسنة

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	بدرجة ضعيفة جداً
١	انخفاض الطاقة الجسدية والشعور بالتعب.					
٢	زيادة المتطلبات المالية اللازمة للعلاج.					
٣	انخفاض مستوى الجاذبية الجسمية.					
٤	قلة النوم.					
٥	محدودية القدرة على التنقل والحركة.					
٦	الالتزام في جدول علاجي محدد.					
٧	الشعور بعدم التوازن أثناء الحركة أو المشي.					
٨	ضعف القدرة على استخدام الأجهزة مثل (الحاسوب).					
٩	التشتت وضعف التركيز.					
١٠	الشعور بشفقة الآخرين.					
١١	كثرة الافكار السلبية المرتبطة بالمرض وأثاره.					
١٢	الإرهاق والتعب المرتبط بالعلاج الطبيعي.					
١٣	كثرة الفحوصات وتكرارها.					
١٤	يتبوأ المرض المرتبة الأولى في اولويات حياتي.					
١٥	صدمة المرض.					
١٦	اختلاف التشخيص بين الأطباء.					
١٧	عدم توفر الأجهزة والأدوات المعينة.					
١٨	الحدوث المفاجئ للهجمة.					
١٩	المصير المجهول للمرض.					
٢٠	درجة تقبل الآخرين.					
٢١	كثرة التفكير بالمرض.					
٢٢	الاختلاف بين المفاهيم الشعبية والعلمية المفسرة للمرض.					
٢٣	التفكير بالمستقبل المجهول.					

الرقم	الفقرة	بدرجة كبيرة جداً	بدرجة كبيرة	بدرجة متوسطة	بدرجة ضعيفة	بدرجة ضعيفة جداً
٢٤	صعوبة ممارسة الهوايات والألعاب الرياضية.					
٢٥	فقدان علاقات اجتماعية أو صلات مهمـة بـسبب المرض.					
٢٦	نشوء خلافات عائلية.					
٢٧	الشعور الدائم بعدم الارتياح.					
٢٨	التردد باتخاذ القرارات.					
٢٩	ضعف السيطرة على الأحداث التي تجري.					
٣٠	تناقص القدرة على العمل لفترات طويلة.					
٣١	قلة فرص العمل بسبب وجود المرض.					
٣٢	ضعف القدرة المالية بسبب عدم التفرغ للعمـل، أو فقدانه.					
٣٣	درجة تقبل المرض كأمر واقع.					
٣٤	ضعف متزايد في القدرة الجنسية.					
٣٥	حداثة المرض وقلة خدمات الرعاية.					
٣٦	المداومة على أخذ الأبر العلاجية وتكرارها.					
٣٧	الحساسية الزائدة من الآخرين.					
٣٨	عدم القدرة على انجاز متطلبات العمل.					
٣٩	انخفاض الطاقة العقلية.					
٤٠	فقدان الحماس للقيام بإنجاز الأعمال المختلفة.					

الملحق ٥. سؤال استطلاعي للتعرف على الضغوط قبل وبعد الإصابة بالمرض

أرجو منكم الاجابة عن السؤال الآتي بمنتهى الدقة والصدق وهو:

ماذا كنت تشعرون من ضغوط قبل الاصابة بالمرض وبعد الاصابة بالمرض، من حيث مأكلكم، ومشربكم، ونومكم، وعملكم، وعلاقتكم مع افراد أسرتكم، وأهلكم، وزملائكم في العمل .. الخ ؟

قبل المرض..
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....
....

بعد المرض..
....
....
....
....
....
....
....
....

Dominant Emotional States, Depression Level, & Psycho Logical Stress Resources, Among a Sample Of Individuals With Multiple Sclerosis In Jordan

By
Saddam Mousa Alkarasneh

Supervisor
Dr. Mohammad Mahmoud Bani Younes

Co- Supervisor
Dr. Amjed Abo Jedi

ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the emotional status, depression level, and source of stress among a sample of Multiple Sclerosis patients. To achieve study goals a sample of (203) person were selected: (102) of them were Multiple Sclerosis patients, and (101) were non patient. In addition to number, the sample study was compared according to age and gender.

In order to achieve the study purpose, the researcher used Depression and Emotional Status Scale which was developed by Bin Youise (2008), General Stress Scale, and Stress Scale for post disease. All of the above instruments enjoy high or acceptable validity and reliability.

To answer the study questions, means and standard deviations were calculated and independent sample T-test was conducted. In addition, stepwise discriminate analysis was used collecting the data and running the upon analysis the following findings were found:-

- In answering the first question, results have shown that the order of the emotional status among patient sample was as follows: Anger ranked first with mean (2.59), fears ranked second with mean (2.56), sadness

ranked third with mean (2.54), and happiness ranked last with mean of (2.02).

- Result regarding the second question showed significant differences in emotional status due to Multiple Sclerosis, level of anger, fears ,and sadness which were higher among Multiple Sclerosis patients, with the exception of happiness which was higher among non-patients group.
- With regard to the third question, results showed that family stress explained 12% of the total variance of Multiple Sclerosis disease. Where as depression explained about 10% of Multiple Sclerosis disease, with a total of 22% for both variables.
- As to the fourth question related to depression results showed that this factor explained 5% of number of attacks.
- Finally results showed that depression accounted for 6% of the number of years of being inflicted by Multiple Sclerosis disease.